

# **”Vähennäppä vähäsen”**

Teemapäivä Päiväkeskus Pysäkki Ry:n kävijöille tyypin 2 diabeteksen  
ennaltaehkäisemiseksi

**Jaana Heiskanen  
Jonna Jääskeläinen  
Paula Väisänen**

Opinnäytetyö

---



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Jaana Heiskanen, Jonna Jääskeläinen ja Paula Väisänen	
Työn nimi "Vähennäppä vähäsen" – Teemapäivä Päiväkeskus Pysäkki Ry:n kävijöille tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisemiseksi	
Päiväys 29.11.2011	Sivumäärä/Liitteet 38/4
Ohjaaja(t) Arja-Sisko Kainulainen ja Annikki Jauhiainen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Päiväkeskus Pysäkki Ry/ Iisalmen keskustan toimipiste	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyömme aihe on tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäiseminen terveyden edistämisen keinoin Päiväkeskus Pysäkki Ry:n Iisalmen keskustan toimipisteen kävijöille. Päiväkeskus Pysäkki Ry tarjoaa päihteiden käyttäjille toimintapaikan, jossa selvin päin olemista ja elämän hallintaa tuetaan. Kävijät ovat päihdeongelmaisia naisia ja miehiä. Päiväkeskus Pysäkki Ry Iisalmen toimipiste on auki viikon jokaisena päivänä. Iltään he ovat pääasiassa työikäisiä aikuisia. Toteutustavaksi valittiin toiminnallinen opinnäytetyö. Opinnäytetyön tavoitteena oli toteuttaa teemapäivä, jonka tavoite oli lisätä tietoutta oman terveyden edistämisestä.</p> <p>Teemapäivällä tarkoitetaan päivää, jolla on tietty teema ja teemaa vastaava sisältö. Päiväkeskus Pysäkki Ry:n Iisalmen keskustan toimipisteessä järjestetyssä teemapäivässä mitattiin fysiologisia mittauksia, jotka olivat verenpaineen-, verensokerin- ja vyötärönympäryksenmittaus. Yhtenä osana päivää oli terveellisen ateriakokonaisuuden kokoaminen ja loppujumppa. Teemapäivään osallistujia oli 15. Osallistujat saivat koko teemapäivän ajan ohjausta ja neuvontaa terveyden edistämiseen liittyen.</p> <p>Teemapäivästä kerättiin palautetta avoimella palautelomakkeella. Palautteen läpi käynnissä käytettiin SWOT:ia. Palautteesta selvisi, että teemapäivää pidettiin hyödyllisenä ja tärkeänä. Tällaisia päiviä toivottiin lisää Päiväkeskus Pysäkki Ry:n Iisalmen keskustan toimipisteen toimintaan. Uhkana SWOT-analyysistä nousi esille, että terveelliset elämäntavat eivät jää osaksi osallistujien arkea.</p> <p>Jatkotutkimusaiheena voisi tutkia Päiväkeskus Pysäkki Ry:n toiminnan merkitystä alkoholiongelmaisen ihmisen elämässä. Projektiohjelmana Päiväkeskus Pysäkki Ry:n kävijöille voitaisiin järjestää mahdollisuus fysiologisiin mittauksiin; esimerkiksi verenpaineenmittaukseen. Vertaistukitoimintaryhmiä voitaisiin järjestää. Niiden aiheena voisi olla esimerkiksi painonhallinta.</p>	
Avainsanat Terveyden edistäminen, tyypin 2 diabetes, alkoholiongelma, SWOT-analyysi,	
toiminnallinen opinnäytetyö, teemapäivä	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Jaana Heiskanen, Jonna Jääskeläinen and Paula Väisänen			
Title of Thesis "Decrease a little"- A theme day for Päiväkeskus Pysäkki Ry visitors in order to prevent type 2 diabetes			
Date	29.11.2011	Pages/Appendices	38/4
Supervisor(s) Arja-Sisko Kainulainen and Annikki Jauhiainen			
Client Organisation/Partners Päiväkeskus Pysäkki Ry/ Office in Iisalmi City center			
<p><b>Abstract</b></p> <p>The subject of this thesis was the prevention of type 2 diabetes through health promotion aimed to the visitors of Päiväkeskus Pysäkki Ry. Päiväkeskus Pysäkki Ry offers a place for substance abusers where being intoxicant and life control are supported. The visitors are women and men who have a substance abuse problem. Päiväkeskus Pysäkki Ry is open every day. Usually the visitors are working age adults. This thesis was carried out as a functional study. The objective was to organize a theme day about the prevention of type 2 diabetes to the visitors of Päiväkeskus Pysäkki Ry. The theme of the day was to increase awareness of the visitors' own health promotion.</p> <p>A theme day refers to a day with a specific theme and a theme-related content. The arranged theme day contained physiological measurements, which were taking blood pressure and-, blood sugar and measuring the waist. One topic at the end of the day was to gather a healthy meal and gymnastic exercises. The participants were given guidance and advice during the whole theme day concerning health promotion.</p> <p>Feedback concerning the theme day was collected by using open feedback-questionnaire. The feedback was analyzed by using SWOT-analysis. Based on what the feedback revealed, the theme day was regarded as useful and important. Days like this were hoped to be included more into the activities of Iisalmi Päiväkeskus Pysäkki Ry. What came out as a threat from the SWOT-analysis was that healthy lifestyles will not stay as part of the participants everyday life.</p> <p>A topic for further research could be the investigation of the significance of Päiväkeskus Pysäkki Ry for the people who have a substance abuse problem. As project studies students could organize for the visitors of Päiväkeskus Pysäkki Ry a possibility to physiological measurements for example for taking blood pressure. Peer groups could also be organized. Those could concentrate on the subject of weight control.</p>			
<p><b>Keywords</b> Health promotion, type 2 diabetes, substance abuse problem, SWOT-analysis, functional thesis, theme day.</p>			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	6
2	TERVEYDEN EDISTÄMINEN .....	8
3	TYYPIN 2 DIABETES .....	13
3.1	Tyypin 2 diabeteksen määrittely.....	13
3.2	Hoito ja hoidon seuranta .....	14
3.3	Ennaltaehkäisy .....	15
3.4	Alkoholin käytön vaikutus T2D:n puhkeamiseen.....	16
3.5	Diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämisohjelma .....	16
4	ALKOHOLIONGELMAN TUNNISTAMINEN, HOITO JA ENNALTAEHKÄISY .....	19
4.1	Alkoholiongelmainen ihminen.....	19
4.2	Alkoholiongelman tunnistaminen ja ennaltaehkäisy .....	19
4.3	Alkoholiongelmaisen ihmisen hoito .....	20
4.4	Alkoholin käytöstä aiheutuvia lisäsairauksia .....	22
4.5	Sairaanhoitajana alkoholiongelmaisen ihmisen hoidossa .....	23
5	PÄIVÄKESKUS PYSÄKKI RY .....	25
6	TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	26
6.1	Tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät .....	26
6.2	Teemapäivässä käytetyt menetelmät .....	26
6.3	Teemapäivän suunnittelu ja toteutus .....	29
6.4	SWOT-analyysi menetelmänä .....	30
6.5	Teemapäivästä saatu palaute.....	31
6.6	Opinnäytetyön arviointi .....	33
7	POHDINTA.....	36
7.1	Luotettavuus ja eettisyys.....	36
7.2	Ammatillinen kehittyminen ja itsearviointi.....	37
7.3	Opinnäytetyön käytettävyys ja jatkotutkimusaiheet .....	37
	LÄHTEET.....	39

## LIITTEET

Liite 1 Ruokaohjeet

Liite 2 Palautelomake teemapäivästä

Liite 3 Tutkimuslupa

Liite 4 Posterit

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyöllämme halusimme lisätä tietoutta terveyden edistämisestä ja ennaltaehkäistä tyypin 2 diabetesta Päiväkeskus Pysäkki Ry:n lisälmen keskustan toimipisteen kävijöiden keskuudessa. Päiväkeskus Pysäkki Ry:n kävijät ovat pääsääntöisesti työikäisiä alkoholiongelmaisia ihmisiä. Suurin osa heistä on työttömiä tai työkyvyttömiä. Päiväkeskus Pysäkki Ry:n kävijät kuuluvat perusterveydenhuollon palvelujen piiriin, mutta todennäköisesti he eivät juuri niitä käytä. Näiden seikkojen vuoksi Päiväkeskus Pysäkki Ry:n kävijöiden terveyden edistäminen on jäänyt heidän omalle vastuulleen. He tarvitsevat tukea terveyden edistämisessä.

Erityisesti meitä kiinnosti tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy. Aihe rajattiin tämän pohjalta alkoholiongelmaisen ihmisen näkökulma huomioiden. Runsas alkoholinkäyttö aiheuttaa painonnousua, sillä alkoholi sisältää runsaasti energiaa (Heliö 2010, 168). Painonnousun ja verenpaineen nousun myötä metabolisen oireyhtymän ja tyypin 2 diabeteksen sairastumisen riski kasvaa (Jaatinen 2010, 174). Alkoholiongelmaisen riski sairastua tyypin 2 diabetekseen on suuri, joten ennaltaehkäisyllä on suuri merkitys. Painonhallinta ja terveelliset elämäntavat ovat avainasemassa ennaltaehkäisyssä. Alkoholin käytön vuoksi terveelliset elämäntavat usein unohtuvat. (Ilanne-Parikka 2009, 206–207.)

Kohdejoukko huomioiden päädyttiin toteuttamaan opinnäytetyö toiminnallisena. Opinnäytetyönä järjestettiin teemapäivä Päiväkeskus Pysäkki Ry:n kävijöille tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn. Teemapäivän toteuttamisessa käytettiin terveyden edistämisen keinoja. Päiväkeskus Pysäkki Ry:n toimintaan toiminnallinen opinnäytetyö sopii paremmin kuin tutkimuksellinen opinnäytetyö, koska Päiväkeskus Pysäkki Ry:n toiminta on vapaaehtoista päiväkeskus- ja yhdistystoimintaa.

Teemapäivällä pyrimme motivoimaan Päiväkeskus Pysäkki Ry:n kävijöitä oman terveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen keinoilla pyrimme ennalta ehkäisemään tyypin 2 diabetesta. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma DEHKO 2000–2010 loppuraportissa on todettu, että tyypin 2 diabetes on kasvava kansanterveysongelma Suomessa ja muualla maailmassa. (Suomen Diabetesliitto Ry 2009, 10.)

Yksin toiminnallisuus ei riitä ammattikorkeakoulu tasoiseksi opinnäytetyöksi vaan toiminnallinen opinnäytetyö vaatii tuekseen teoreettisen viitekehyksen (Vilkkä & Airaksinen 2003, 30). Teoreettinen viitekehys rajattiin opinnäytetyössä terveyden edistämiseen, tyypin 2 diabetekseen ja alkoholiongelmanaisen henkilön hoitoon sekä SWOT- analyysi menetelmänä.

Otimme yhteyttä syksyllä 2010 Päiväkeskus Pysäkki Ry:n Iisalmen keskustan toimipisteeseen. Kysyimme heiltä halukkuutta olla tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn liittyvän teemapäivän toimeksiantajana. He innostuivat aiheestamme, koska diabeteksen ennaltaehkäisyyn liittyvää opinnäytetyötä ei ole heidän toimeksi antamanaan aiemmin tehty.

Opinnäytetyömme on itsenäinen projekti, jonka toteuttajina itse toimimme. Päiväkeskus Pysäkki Ry Iisalmen keskustan toimipisteen toiminnanjohtaja Eeva-Mari Penttonen toimi toimeksiantajan puolesta yhteyshenkilönä opinnäytetyöprojektissa. Jatkossa käytämme tässä opinnäytetyössä Päiväkeskus Pysäkki Ry:n Iisalmen keskustan toimipisteestä nimitystä Päiväkeskus Pysäkki Ry.

## 2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Terveiden edistäminen on suhteellisen uusi ja moniulotteinen käsite. Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee terveyden edistämisen toiminnaksi. Toiminnalla pyritään parantamaan yksilöiden mahdollisuuksia sekä edellytyksiä pitää huolta sekä ympäristönsä, että omasta terveydestään. (Pietilä, Kylmä, Turunen, Vehviläinen-Julkunen & Immonen 2000,11.)

Ottawan asiakirja hyväksyttiin ensimmäisessä maailmanlaajuisessa terveyden edistämisen konferenssissa 1986. Ottawan asiakirjassa terveyden edistämistä tarkastellaan kokonaisuutena yhteiskunnan näkökulmasta. Ottawan asiakirjassa terveyden edistämiseksi määritellään viisi eri toimintalinjaa:

1. Terveystta edistävä yhteiskuntapolitiikka.
2. Terveystta tukevat ja edistävät ympäristöt.
3. Terveystta edistävä yhteisöllisen toiminnan tukeminen.
4. Henkilökohtaisten tietojen ja taitojen vahvistaminen terveyden edistämisen suhteen.
5. Palvelurakenteen kehittäminen ja uudistaminen terveyttä edistäväksi. (Rautio 2006, 23–24.)

Elokuussa 2005 WHO:n kuudennessa terveydenedistämiskonferenssissa hyväksyttiin Bankogin asiakirja. Bankogin asiakirjassa todetaan, että terveyden edistäminen on toimivan talouden ja kehityksen edellytys. Terveiden edistämiskillä voidaan merkittävästi vaikuttaa talouteen ja yhteiskunnan kehitykseen. Terveiden edistämiskillä tulee kantaa vastuuta laaja-alaisesti yhteiskunnan eri hallintorakenteet ja tasot huomioiden. Järjestöjen ja yritysten tulee kantaa vastuunsa terveyden edistämiskillä. Bankogin julkilausuman perusteella voidaan todeta terveyden edistämiskillä taustatekijöiden olevan kaikkialla yhteiskunnassa. Terveiden edistämiskillä investoiminen tuo positiivista tulosta koko yhteiskunnalle. (Rautio 2006, 15–18.)

Vuonna 2006 on julkaistu Terveiden edistämiskillä laatusuositukset, joilla pyritään tukemaan ja ohjaamaan kuntia terveyden edistämiskillä. Terveiden edistämiskillä laatusuosituksille 2006 Ottawan julkilausuma on antanut suuntaa. Laatusuosituksilla terveyden edistäminen on määritelty prosessiksi, jonka kautta yksilö ja yhteisö saavat entistä paremmat kyvyt ja mahdollisuudet vaikuttaa ja hallita omaa sekä



ympäristönsä terveyttä ja terveyteensä vaikuttavia taustatekijöitä. Terveyden edistämisen laatusuositusten sisällössä painotetaan oikean ravinnon, riittävän liikunnan, päihteiden käytön ehkäisyn, tapaturmien ennaltaehkäisyn, tartuntatautien ja seksuaalitautilien ehkäisyn merkitystä eri-ikäisten terveyden edistämien kannalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 19–20.)

Terveyden edistämisen laatusuositukset tukevat Terveys 2015 -hanketta. Terveys 2015 -hanke alkoi vuonna 2001 edellisten terveyden edistämisen kansallisten hankkeiden jatkoksi. Terveys 2015 hankkeen keskeisenä ajatuksena on pyrkiä terveyden edistämisen keinoin takaamaan kaikille kansalaisille mahdollisimman hyvä terveys. Hankkeen tavoitteena on eriarvoisuuden vähentäminen ja huonomassa asemassa olevien hyvinvoinnin parantaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 8,15.)

Health Inequalities in Finland 1980–2005 on sosiaali- ja terveysministeriön hanke, jossa tutkittiin suomalaisten sosioekonomisen taustan vaikutusta heidän terveyteensä. Tämän hankkeen loppuraportista käy ilmi, että mitä matalampi sosioekonominen tausta kansalaisella on, sitä heikompi hänen terveytensä on. Esimerkiksi työikäisillä työttömillä kansalaisilla on suuri riski joutua välinputoajiksi, sillä työterveyshuolto ei vastaa heidän terveyden edistämisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 21–25.) Työterveyshuollon ulkopuolella olevalla työikäisellä väestöllä on usein turvattomuutta ja pelkoja esimerkiksi taloudellisiin ja sosiaalisiin tilanteisiin liittyen. Heidän työkykyään tulisi ylläpitää terveystarkastuksilla ja henkilökohtaisella neuvonnalla. (Pietilä ym. 2002, 111–112.)

Rautio-Ottman (2008) on Pro gradu -tutkielmassaan tutkinut hoitajien näkökulmasta työttömän asiakkaan palvelu- ja ohjausmallia terveyden edistämisen työmenetelmänä Jyväskylän kaupungin perusterveyden huollossa. Palvelu- ja ohjausmallissa työttömät henkilöt ottavat itse yhteyttä oman alueensa sairaanhoitajaan varatakseen ajan terveystarkastukseen. Terveystarkastuksen merkittävä osa on positiivisen palautteen antaminen asiakkaalle hänen terveyteensä liittyvistä positiivisista asioista. Asiakas saa myös ohjausta ja neuvontaa. Tarpeen vaatiessa hänet ohjataan jatkohoitoon. Hoitajat kokivat mallin hyvänä ja toimivana. Haasteina hoitajat näkivät mahdollisen jatkohoitoon ohjaamisen ja resurssien puutteen. (Rautio-Ottman 2008, 59, 83.)

Ruposen (2005) Pro gradu -tutkielmasta selviää, että terveydenhuollon organisaatiolla tulisi olla yhtenäiset tavoitteet sekä neuvontatyötä ohjaavat ohjeet. Neuvontatyötä tekevien hoitajien tulisi jäsenellä työskentelyllään selkeitä ja konkreettisia tavoitteita. Asiakaskeskeisyyttä voitaisiin parantaa esimerkiksi käymällä arviointikeskusteluja. Tutkitun tiedon käytön lisäämisellä voidaan myös parantaa neuvontatyön laatua. (Ruponen 2005, 36–40.)

Hoitotieteellinen näkemys on, että ihminen on psykofyysissosiaalinen kokonaisuus. Hoitotieteessä terveyden edistäminen perustuu suunnitelmalliselle hoidolle. Hoidon tavoitteena on hoitoprosessin suunnitelmallinen toteuttaminen. Hoitotieteellisessä näkemyksessä ajatus on, että ihminen on itse oman terveyden edistämisensä aktiivinen toimija. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 21.) Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa 2004–2007 korostetaan terveyden edistämisen merkitystä hoitotyössä. Terveyden edistämisen tulisi olla osa perussairauden hoitoa. Tavoitteena on, että potilas voi elää perussairaudesta huolimatta rikasta ja laadukasta elämää. Nykyisin hoitotyössä korostetaan asiakkaiden ja potilaiden terveyden edistämistä, omahoidon edistämistä ja psykososiaalista tukemista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 35.)

Terveyden edistämiseen kuuluvat keskeisesti promootiivinen ja preventiivinen lähestymistapa. Promootiolla tarkoitetaan yksilön terveyttä suojaavien tekijöiden tukemista. Promootiivinen lähestymistapa pohjautuu positiiviseen ja voimavaralähtöiseen terveystähtäykseen. (Peltö-Huikko, Karjalainen & Koskinen-Ollonqvist 2006, 13.)

Preventio on jaettu kolmeen osaan. Primaaripreventiossa pyritään ennaltaehkäisemään sairauksia ja sairastumisen riskitekijöitä. Sekundaariprevention tavoitteena on sairauksien pahenemisen ehkäisy ja mahdollisten lisäsairauksien syntymisen ehkäisy. Tertiaaripreventiossa pyrkimys on lisätä sairastuneen henkilön toimintakykyä sekä vähentää sairauden oireita. (Peltö-Huikko ym. 2006, 13.)

Terveyden edistämisestä puhuttaessa nousevat esille kaksi mallia, salutogeeninen malli ja prosessimalli. Salutogeenisessä mallissa pyritään vahvistamaan yksilön terveyteen positiivisesti vaikuttavia voimavaroja. Terveyteen negatiivisesti vaikuttavat tekijät pyritään puolestaan minimoimaan. Prosessimalli muodostuu kolmesta eri osasta. Ensimmäinen osa on terveyttä suojaavat tekijät eli terveelliset elämäntavat ja hyvä elämänhallintakyky. Terveellisillä elämäntavoilla tarkoitetaan terveellistä

ruokavaliota, riittävää liikunnan määrää ja päihteettömyyttä. Elämänhallintakyky pitää sisällään ihmisen elämän kaikki toiminta-alueet. Toiminta-alueita ovat yksilön tunteiden, ajatusten, tekojen, halujen, sosiaalisten ja elinolosuhteiden hallinnan tunne. Toinen osa on altistavat tekijät eli traumaattiset kokemukset ja olosuhteet. Traumaattisilla kokemuksilla tarkoitetaan elämän kriisejä, kuten läheisen kuolemaa tai omaa sairastumista. Olosuhteilla tarkoitetaan yksilöä ympäröiviä tekijöitä, esimerkiksi omaa asuinympäristöä. Kolmantena osana pidetään laukaisevia tekijöitä, elämänmuutoksia ja riskikäyttäytymistä. Elämänmuutoksiin kuuluvat esimerkiksi perheen perustaminen tai avioero. Riskikäyttäytymisellä voidaan tarkoittaa sitä, että yksilö asettaa oman terveytensä vaaraan. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 27–28.) Prosessimallia voidaan käyttää, kun keskustellaan asiakkaan kanssa terveyden edistämisestä ja etsitään keinoja hänen terveyden edistämiseensä.

Terveyden edistämisen työmenetelmissä korostuvat yksilön kuunteleminen, keskustelu ja ohjattavan henkilön kysymyksiin vastaaminen. Terveyden edistämisessä käytetään dialogia, eli ohjattava ja ohjaaja keskustelevat vastavuoroisesti. Tiedon ja kokemusten jakaminen ja positiivisen palautteen antaminen ovat myös hyväksi todettuja terveyden edistämisen työmenetelmiä. Ohjattavan mukana olon kokemus ja osallistuvuus ovat ohjaamisen onnistumiselle edellytyksenä. Ohjattavan sitoutuminen ja vastuunotto omaan terveyden edistämiseen ovat onnistumisen edellytyksiä. Ammattihenkilön on kunnioitettava ohjattavaa henkilöä ja kohdattava tämä tasa-arvoisesti. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 93–94.)

Yksilöohjaus mahdollistaa asiakaslähtöisen ja vastavuoroisen ohjauksen. Ohjauksessa otetaan huomioon asiakkaan yksilöllinen tausta ja tarpeet. Yhdessä luodaan asiakkaalle henkilökohtaiset tavoitteet. Tavoitteiden tulee olla hyvin konkreettisia, esimerkiksi kevytmaito vaihdetaan rasvattomaan maitoon. Asiakasta motivoidaan ottamaan vastuuta tavoitteiden saavuttamiseksi. Ohjauksen onnistumisen kannalta ohjaajan vuorovaikutustaitojen tulee olla hyvät. Ohjattavan kuunteleminen on erittäin tärkeää. Ohjauksessa tulee huomioida sensitiivisyys ja asiakkaan yksityisyys. Ohjauksen tulee olla asiakkaan tarpeista lähtevää. Ohjaajan tavoite on saada asiakas aktiivisesti etsimään ratkaisuvaihtoehtoja tilanteeseensa. (Kyngäs ym. 2007, 74–78.)

Ryhmäohjaus on yksilöohjauksen lisäksi paljon käytetty keino terveyden edistämisessä. Ryhmäohjaus lähtee ryhmän jäsenten tarpeista liikkeelle. Se on

parhaimmillaan voimaannuttava kokemus ryhmän jäsenille. Ryhmäohjauksen etuja on taloudellisuus, koska tietoa voidaan jakaa yhdellä kertaa suuremmalle joukolle. Ryhmä voi olla ohjauksen kannalta voimavara, koska hyvässä ryhmässä on yhteenkuuluvuuden tunnetta ja sen jäsenten välistä vuorovaikutusta. Nämä seikat tukevat ohjauksen onnistumista. Ohjaajalla on vastuu ryhmän turvallisuudesta ja toimivuudesta. Ohjaaja toimii suunnan näyttäjänä ja havainnoi ryhmän tarpeita, kehitysvaiheita ja ryhmäilmiöitä. Ryhmäohjauksessa ohjaajan vuorovaikutustaidoilla on merkittävä rooli. Ohjaaja tuntee erilaiset ryhmätyömenetelmät. Menetelmä valitaan ryhmän tavoitteiden ja tehtävien mukaan. Yksi ryhmätyömenetelmä on porinaryhmä. Sillä voidaan alustaa käsiteltävää aihetta ja etsiä ratkaisuja ongelmiin. Porinaryhmässä keskustellaan annetusta aiheesta. Porinaryhmä voi muodostua muutamasta henkilöstä tai suuremmasta joukosta. Porinaryhmä on nopea ja helppo organisoida. Se toimii hyvin ryhmäläisten aktivointi- ja motivoitikeinona. Parityöskentely on hyvin samankaltainen menetelmä, mutta pienryhmän työskentelymuoto. Aivoriihimenetelmä on toimiva, kun tarkoituksena on tuottaa uusia ideoita, joita ryhmä kehittää eteenpäin. Projektityö soveltuu hyvin ohjaajan omaksi työvälineeksi. Ohjaajan tärkein tavoite on saada ryhmä toimimaan. (Kyngäs ym. 2007, 111–114.)

### 3 TYYPIN 2 DIABETES

#### 3.1 Tyypin 2 diabeteksen määrittely

Tyypin 2 diabetes (T2D) on sairaus ja yleensä osa metabolista oireyhtymää. Metaboliseen oireyhtymään kuuluvat keskivartalolihavuus, kohonnut verenpaine ja kohonneet veren rasva-arvot. Sisäelinten ympärille kertynyt rasva heikentää insuliinin vaikutusta kudoksissa. Insuliinin heikentynyttä vaikutusta kutsutaan insuliiniresistenssiksi, ja se taas puolestaan altistaa T2D:lle. T2D voidaan todeta seuraamalla verensokeriarvoja. Paastoarvo mitataan 12 tunnin ravinnotta olon jälkeen. Paastoarvo ei saa ylittää 7 mmol/ l toistuvasti. Aterian jälkeisiä arvoja seurataan sekä tehdään sokerirasituskoe. Aterian jälkeinen verensokeriarvo tai sokerirasituskokeen 2 tunnin arvo ei saa ylittää 11,1 mmol/ l. (Suomen Diabetesliitto Ry 2009, 9–10.)

T2D:ssa haiman tuottama insuliini vaikuttaa heikosti tai sitä ei ole riittävästi. Haiman insuliinin tuotanto voi vuosien kuluessa loppua kokonaan. Veren sokeripitoisuus kohoaa vähitellen ja elimistö tottuu korkeampaan verensokeriin. Tämä on usein oireeton, etenevä sairaus ja voi kehittyä vuosien saatossa. T2D todetaankin yleensä vasta muita sairauksia tutkittaessa tai terveystarkastuksen yhteydessä. Jano, lisääntynyt virtsaamisen tarve ja väsymys ovat yleisimpiä merkkejä kohonneesta verensokerista. (Suomen Diabetesliitto Ry 2009, 10.)

Usein T2D:hen sairastuva on ylipainoinen. Huonohoitoinen tai hoitamaton diabetes lisää riskiä sairastua lisäsairauksiin. Vähäoireisuuden vuoksi lisäsairauksia voi olla jo puhjennut, kun T2D diagnosoidaan. Lisäsairauksia ovat valtimoiden kovettumatauti eli arterioskleroosi, munuaismuutokset eli nefropatia, silmänpohjamuutokset eli retinopatia, hermojen toimintahäiriöt eli neuropatia sekä seksuaalitoimintojen häiriöt. Suomessa T2D on todettu noin 250 000 ihmisellä, lisäksi moni sairastaa sitä tietämättään. (Suomen Diabetesliitto Ry 2009, 11.)

T2D on **perinnöllinen sairaus**, mutta nykyään sitä voidaan pitää myös **elintasosairautena**. Liikunnan vähyys sekä huonot ruokatottumukset lisäävät riskiä sairastumiseen. Elämäntapojen muuttuminen on lisännyt T2D sairastumista nuorilla. (Suomen Diabetesliitto Ry 2009, 11.) Pajunen ym. (2010) IMAGE:n loppuraportissa toteavat, että T2D:tä sairastavien määrän epäillään kasvavan kaksinkertaisesti vuoteen 2030 mennessä vaikka väestön lihominen hidastuisikin.

### 3.2 Hoito ja hoidon seuranta

T2D:n hoidossa avainasemassa on kokonaisvaltainen hoito. Hoidossa on kiinnitettävä huomiota verensokerin lisäksi verenpaineeseen, veren rasva-arvoihin ja veren hyytymistekijöihin. Hyvällä hoidolla ehkäistään lisäsairauksien syntymistä. Tyypin 2 diabeteksen hoito edellyttää hoitoon liittyvien asioiden tiedostamista ja pitkäjänteisyyttä. Hyvä hoito takaa myös pitkän ja terveen elämän. (Suomen Diabetesliitto Ry 2009, 12.)

**Lääkkeetön hoito** on perustana hoidolle. Jos lääkettä ei päästä hoitotasapainoon, aloitetaan lääkehoito. Lääkkeettömänä hoitona on terveellinen ruoka. Terveellisessä ruokavaliossa hiilihydraateista koostuu 45–60 % päivän kokonaisenergiasta. Hiilihydraatteja saadaan viljatuotteista, marjoista, hedelmistä, juureksista, vihanneksista sekä sokerista. Tästä ryhmästä pyritään valitsemaan täysjyvä tuotteita, kasviksia, vihanneksia, hedelmiä sekä marjoja. Hiilihydraatit vaikuttavat verensokeripitoisuuteen, jonka vuoksi niiden saantiin tulee kiinnittää huomiota. Kokonaisenergiasta proteiineista koostuu 10–20 %. Proteiineja saadaan kananmunista, lihasta, kalasta, juustoista sekä muista maitotuotteista. Lihan ja maitotaloustuotteiden rasvapitoisuuteen tulee kiinnittää huomiota. Ruokavaliossa rasvojen määrä ei saa ylittää 35 % kokonaisenergiamäärästä. Rasvan laatuun on hyvä kiinnittää huomiota, esimerkiksi kovaa rasvaa on vältettävä ja tyydyttyneitä rasvoja, kuten ruokaöljyä, kannattaa suosia. Suolan käyttöön on kiinnitettävä huomiota. Hyvin harvoin suolaa tarvitsee lisätä mihinkään ruokaan. Terveellisessä ruokavaliossa suolan määrä ei saa ylittää 6 grammaa päivässä. (Suomen Diabetesliitto Ry 2009, 17–20.)

Liikunta on T2D:n hoidon kulmakiviä. Ravitsemus ja liikunta täydentävät toisiaan ennaltaehkäisyssä kuin T2D:n hoidossakin. Päivittäin liikuntaa tulisi olla vähintään puoli tuntia. Liikunnan rasittavuudesta ei ole tarkkaa määrittelyä, mutta reipas kävelykin on riittävä. Painoa hallitaan ja tarvittaessa painoa pudotetaan terveellisellä ruokavaliolla ja liikunnalla. Tupakoimattomuus kuuluu terveelliseen elämäntapaan. (Suomen Diabetesliitto Ry 2009, 37.)

**Lääkehoitona** on tablettihoito tai insuliinihoito. Tablettilääkkeillä tehostetaan elimistön oman insuliinin vaikutusta, lisätään haiman insuliinin eritystä, nopeutetaan insuliinin vapautumista haimasta tai vähennetään maksan sokerintuotantoa. Vuosien myötä haiman insuliinin tuotanto on vähentynyt ja tablettihoito ei riitä. Silloin hoitona

on yhdistelmähoito eli tablettien lisäksi on insuliini. Pelkästään insuliinia voidaan käyttää T2D:n hoitoon. Insuliinia on pitkä- tai lyhytvaikutteisena. Pitkävaikutteisella turvataan elimistön perusinsuliinin tarve ja estetään maksan liiallista sokerintuotantoa. Lyhytvaikutteiset insuliinit ovat niin sanottuja ateriainsuliineja. Niillä hillitään aterian jälkeen verensokerin nousua. (Suomen Diabetesliitto Ry 2009, 39–40.)

Hoidossa olennaista on, että T2D:tä sairastava ihminen tuntee oman sairautensa ja elimistönsä toiminnan hyvin. Keskeisessä asemassa on verensokerin ja painon omaseuranta. Omaseurannalla tarkoitetaan kotona tehtyjä verensokerimittauksia sekä painonmittausta. Kotona tehdyistä mittauksista nähdään miten diabeteksen hoito sujuu käytännössä. Tuloksia voi seurata pitkällä aikavälillä kirjaamalla niitä muistiin. Tuloksia tarkastelemalla oppii ajan myötä tekemään hoitoon vaikuttavia ratkaisuja. Omaseurannan lisäksi tarvitaan diabeteshoitajan luona tapahtuvia määräaikaikäyntejä sekä vuositarkastuksia. (Suomen Diabetesliitto Ry 2009, 44.)

### 3.3 Ennaltaehkäisy

T2D voi kehittyä pitkän ajan saatossa ja oireita ei välttämättä ole. T2Dn ehkäisy tulisikin aloittaa heti, kun yksi metabolisen oireyhtymän riskeistä on todettu. Metabolisen oireyhtymän riskejä ovat keskivartalolihavuus, kohonnut verenpaine sekä rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, jotka aiheuttavat kolesterolin kohoamisen. Verensokeri ei vielä ole välttämättä kohonnut. Varsinkin raskausajan diabetesta sairastaneet tai suvussa diabetesta olevien tulisi kiinnittää näihin riskeihin huomiota. (Aro 2009b, 39.)

Jos yksikin metabolisen oireyhtymän riskeistä täyttyy, ja henkilö muuttaa elämäntapojaan, voidaan T2Dn puhkeamista ainakin viivyttaa. Ensisijalla ennaltaehkäisyssä on painonhallinta. Ruokavalio sairauden ehkäisyssä ei eroa T2Dn hoidosta. Ruoan laatuun tulee kiinnittää huomiota, erityisesti rasvan laatuun ja määrään. Ennaltaehkäisyyn kannalta terveellinen ruokavalio ja liikunta ovat tärkeitä. (Aro 2009b, 42.)

Elämäntapamuutoksien suhteen motivaation herättely voi olla haasteellista. Monet eivät usko sairastuneen vakavasti, eikä heillä synny tarvetta muutoksien tekemiseen. Diabeteksen riskiarviolomakkeen täyttö voikin olla herätys muutoksien tekemiselle. (Aro 2009b, 42.)

### 3.4 Alkoholin käytön vaikutus T2D:n puhkeamiseen

Alkoholi lihottaa herkästi, ja T2D:n hoidossa juuri painonhallinta on tärkeää. Moni on päässyt painonhallinnassa hyvään alkuun vähentämällä alkoholin juontia. Mitään yleistä alkoholin käytön turvallista ylärajaa ei voida määrittää, raittius on useille paras vaihtoehto. T2D:tä sairastavalla ihmisellä on runsaan alkoholin käytöllä seurauksena on samanlaiset sosiaaliset ja yhteiskunnalliset haitat kuin muullakin väestöllä. (Ilanne-Parikka 2009, 206–207.)

Alkoholia käyttäessä tulee muistaa, että kykenee huolehtimaan itsestään ja diabeteksestä. Täytyy muistaa syödä tai juoda riittävästi hiilihydraatteja, jotka auttavat pitämään verensokerin kunnossa. Täytyy muistaa syödä myös liikunnan vuoksi, sillä liikunta laskee verensokeria. Kun arvioi nauttimansa alkoholin määrää annoksina, voi laskea, kuinka kauan alkoholista aiheutunut verensokerin lasku kestää. (Aro 2009a, 133.)

Alkoholin vaikutus verensokeri arvon muutoksiin riippuu nautitun alkoholin määrästä ja laadusta sekä suhteesta ruokailuun. Runsas alkoholinkäyttö estää sokerin vapautumisen maksasta verensokerin ollessa liian matalalla ja estää elimistön omat korjaustoimenpiteet. Alkoholi yleensä onkin useimmiten syypää äkillisiin kuolemiin. (Ilanne-Parikka 2009, 206–207.)

### 3.5 Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma

DEHKO 2000–2010, Diabeteksen ehkäisy- ja kehittämisohjelma, kehitettiin edistämään diabeteksen hoitoa Suomessa. Diabetesta sairastavien määrä on kasvussa ja diabetes on kehittymässä Suomessa ja muualla maailmassa kansaterveysongelmaksi. DEHKO -ohjelman taustalla oli ennen kaikkea mahdollisuus hoitaa diabetesta hyvin ja sen ennaltaehkäisy. (Suomen Diabetesliitto Ry 2011, 10.)

DEHKO -ohjelman alussa Suomessa diagnosoitiin noin 180 000 diabeetikkoa, joista 150 000 oli T2D:tä sairastavia ihmisiä. Arvioitiin, että tyypin 2 diabeetikoiden määrä lisääntyy vuoteen 2010 mennessä 70 prosentilla. Syy T2D:n lisääntymiseen on ylipainon yleistyminen, liikunnan vähyys ja väestön ikääntyminen. (Suomen Diabetesliitto Ry 2011, 10.)



Kansainvälisessä vertailussa Suomen diabeteksen hoidon taso on suhteellisen hyvä, mutta hoidolle asetettuihin tavoitteisiin vielä pitkä matka. T2D:tä sairastavista 10 prosentilla oli hyvä hoitotasapaino. Suomalaisten diabeetikoiden valtimotautien vaaratekijöiden, veren rasvojen ja verenpaineen osalta ollaan huonossa hoitotasapainossa. Diabeteksen hoidon laatu ja saatavuus eivät ole vastanneet tarvetta ja maantieteellisesti on myös eroavaisuutta. (Suomen Diabetesliitto Ry 2011, 10.)

DEHKO -ohjelmasta luotiin kokonaisvaltainen kehittämiskokonaisuus. Tavoitteena oli luoda diabeteksen ehkäisyn ja hoidon käytännön perusta. Pää tavoitteena oli T2D:n ehkäisy. Tärkeää oli myös sopia toimenpiteitä, joilla voitiin vähentää T2D:n riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Ohjelmassa tähdättiin siihen, että diabeetikoiden hoitotasapainot korjaantuvat, diabeetikoiden lisäsairaudet vähenevät ja hoitotyytyväisyys paranee. (Suomen Diabetesliitto Ry 2011, 12.)

Ehkäisyohjelman perustana oli suomalaisesta Diabetes Preventio Study (DPS) tutkimuksesta saatu tieto. DPS- tutkimuksessa todettiin ensimmäisenä maailmassa, että elintapoja korjaamalla voi alentaa huomattavasti diabeteksen riskiä. T2D:n ehkäisyohjelmassa oli kolme strategiaa, väestö-, korkean riskin ja varhaisen hoidon ja diagnoosin strategiat. Keskeisimpänä olivat terveyttä edistävät ruoka- ja liikuntatottumukset, tehostettu elintapaohjaus ja laaja toimijoiden joukko. Ehkäisevää toimintaa pääasiassa toteuttivat erityisesti perusterveydenhuolto, työterveydenhuolto, apteekit ja järjestöt. (Suomen Diabetesliitto Ry 2011, 25.)

Väestöstrategia pyrki edistämään koko väestön terveyttä liikunnan ja ravitsemuksen keinoin. Tavoitteena oli vähentää kaikissa ikäryhmissä T2D:n vaaratekijöitä kuten lihavuutta ja metabolista oireyhtymää. Strategiassa oli yhteiskuntaan ja yksilöihin suunnattuja toimenpiteitä, tärkeimpänä oli lihavuuden ehkäisy. (Suomen Diabetesliitto Ry 2011, 25.)

Korkean riskin strategia suuntasi toimenpiteitä yksilötasolla henkilöihin, joilla oli erityisen suuri riski sairastua T2D:hen. Henkilöt valittiin riskiseulonalla. Kohdejoukolla oli kohonnutta verenpainetta, keskivartalolihavuutta ja tupakointia. Strategiassa oli järjestelmällinen malli riskiryhmiin kuuluvien riskienarvioon, ohjaukseen ja seurantaan. (Suomen Diabetesliitto Ry 2011, 26.)

Varhaisen hoidon ja diagnoosin strategian tavoite oli saada vasta sairastuneet T2D:hen sairastuneet ihmiset ajoissa järjestelmällisen hoidon piiriin. Näin se pyrki estämään elämänlaatua heikentävien ja hoidoltaan kalliiden lisäsairauksien syntymisen. Strategia sisälsi tehostetun elämäntapahoidon konkreettiset ohjeet. (Suomen Diabetesliitto 2011, 27.)

DEHKO -ohjelma vaikutti merkittävästi siihen, että diabeteksesta voidaan puhua avoimesti. Tiedostetaan, että diabetes on keskeinen kansanterveysongelma niin väestön kuin terveyspolitiikan tasolla. DEHKOssa tuli esille laajasti kuinka tärkeää terveyden edistäminen ja ennalta ehkäisy on, ja ennaltaehkäisyn mahdollisuus huomattiin. Tavoitteilla ja toimenpiteillä ehkäistiin keskeisiä väestön terveyttä koskevia haasteita. (Suomen Diabetesliitto Ry 2011, 145.)

DEHKO -ohjelmalla suomalainen diabetesosaaminen, ennaltaehkäisyn ja hoidon järjestelmä on saanut kansainvälistä julkisuutta. Kolmannen sektorin roolia asiantuntijana on opittu arvostamaan. DEHKO -ohjelman myötä on alettu kiinnittää huomiota hoidon laatuun sekä ohjaukseen ja sitä kautta hoitotyytyväisyys on kasvanut. (Suomen Diabetesliitto Ry 2011, 145.)

## 4 ALKOHOLIONGELMAN TUNNISTAMINEN, HOITO JA ENNALTAEHKÄISY

### 4.1 Alkoholiongelmainen ihminen

Henkilön alkoholin ongelmakäytöstä voidaan puhua silloin, kun käytöstä aiheutuu haittoja. Ongelmakäyttö voidaan jakaa riskikäyttöön, haitallisen käyttöön ja alkoholiriippuvuuteen. Henkilö ei voi kuulua kuin yhteen luokkaan. Alkoholin riskikäyttäjillä ei ole varsinaista alkoholiriippuvuutta, mutta he silti juovat liikaa. Alkoholista aiheutuvien fyysisten ja psyykkisten haittojen puhkeamisen riski kasvaa jo riskikäyttäjillä oleellisesti. Alkoholin riskikäyttö ei ole sairaus vaan riskikäyttäjä pystyy halutessaan vähentämään juomistaan. Riskikäyttönä pidetään miesten kohdalla 24 alkoholiannosta viikossa tai 7 annosta kerralla. Naisilla vastaavat annokset ovat 16 annosta viikossa tai 5 annosta kerralla. (Aalto 2010a, 8–7, 10.)

Alkoholin haitallisesta käytöstä puhutaan silloin, kun alkoholin käytöstä alkaa tulla erilaisia psyykkisiä sekä fyysisiä haittoja esimerkiksi elimistölle. Käyttäjää ei kuitenkaan ole vielä alkoholiriippuvainen. Alkoholiriippuvuus on näistä kolmesta luokasta hankalin, sillä henkilö ei pysty hallitsemaan juomistaan. Alkoholiriippuvainen ei kykene myöskään estämään haittoja, joita juomisesta seuraa. Alkoholiriippuvuus voidaan yleisyytensä takia luokitella kansansairaudeksi. (Aalto 2010a, 8–9.)

Suomessa alkoholin käyttö on kasvanut viimeksi kuluneiden vuosikymmenten aikana (Aalto 2010a, 11). Suomalaisten työikäisten miesten ja naisten suurin kuolemaan johtava tekijä on alkoholi (Muurinen & Mäkinen 2010, 8). Alkoholin suurkuluttajia arvioidaan Suomessa olevan noin 300 000–600 000. Suurkuluttajalla tarkoitetaan henkilöä joka käyttää alkoholia yli riskimäärien. (Holmberg 2010, 19.)

### 4.2 Alkoholiongelman tunnistaminen ja ennaltaehkäisy

Alkoholiongelman ennaltaehkäisemisessä fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen on tärkeässä roolissa (Aalto 2001, 15). On tärkeää tunnistaa alkoholin ongelmakäyttö ja puuttua siihen ajoissa. Päihteiden käyttöön puuttumisella on positiivisia vaikutuksia koko käyttäjän elämään. Nykyisin käytetyin keino alkoholin kulutuksen seulonnassa ja varhaisen haittojen tunnistamisessa on AUDIT eli Alcohol Use Disorders Identification Test. Se on strukturoitu testilomake, jonka on kehittänyt Maailman terveysjärjestö (WHO). Testin kysymyksillä selvitetään alkoholin käytettyjä määriä, käytön tiheyttä ja aiheutuneita haittoja. Testin tuloksia voidaan hyödyntää

alkoholiongelman toteamisessa sekä neuvonta- ja ohjaustilanteissa. (Holmberg 2010, 26–27.) Alkoholiongelman tunnistamisessa voidaan käyttää apuna mittauksia, esimerkiksi verenpaineen mittausta sekä maksa-arvojen määrittämistä. Yleensä nämä arvot ovat koholla alkoholin käyttäjällä. Alkoholiongelmaisella ihmisellä on usein havaittavia käytöshäiriöitä ja elämänkriisejä. (Saarto 2009.)

Koko yhteiskunnan tasolla alkoholiongelmaa pyritään ennaltaehkäisemään kauppa- ja veropoliittisilla päätöksillä. Näillä pyritään vähentämään alkoholin saatavuutta. Yksilötasolla painotetaan alkoholinkäytön huomioimista terveystaloudellisia käytettäessä. Mini-interventio on käyttökelpoisin alkoholiongelman tunnistamisessa ja ennaltaehkäisyssä. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 15.) Mini-interventiota eli alkoholin riskikuluttajien lyhytneuvontaa, käytetään silloin, kun potilaan alkoholin käyttö on runsasta, mutta siitä ei ole vielä ehtinyt kehittyä vakavampia haittoja. Lääkärin tai hoitajan tulee tällöin tukea potilasta alkoholin käytön vähentämisessä Mini-interventiolla. Alkoholin kulutuksen selvittäminen, neuvonta ja seurantakäynnit sisältyvät Mini-interventioon. (Seppä 2009.)

#### 4.3 Alkoholiongelmaisen ihmisen hoito

Hoidon aloittaminen on tarpeellista, kun alkoholin käytön lopettaminen tai kontrolloiminen ei onnistu enää omin voimin, eikä läheisten antamalla tuella. Hoidon voi aloittaa usealla eri tavalla. Sen voi aloittaa päivystysluontoisesti tai ilman ajanvarausta esimerkiksi sairauskohtauksen seurauksena. (Mäkelä & Aalto 2010, 51.)

Hoitoprosessi alkoholiongelmaisella ihmisellä alkaa haastattelulla. Potilasta haastatteleamalla saadaan taustatietoa alkoholin käytön määrästä ja kestosta. Lisäksi tehdään laboratoriotutkimuksia tarvittaessa. Näiden jälkeen lääkäri tekee diagnoosin. Alkoholin ongelmakäyttäjälle tehdään hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jota voi muokata tarvittaessa potilaan tilanne huomioiden. Koska alkoholiongelmat ovat yksilöllisiä ja eri paikkakunnilla hoitopalvelut erilaisia, hoidon laadusta, kestosta ja menetelmistä ei voi antaa yksiselitteistä vastausta. (Mäkelä & Aalto 2010, 52–53.)

Alkoholin suurkuluttajien kohdalla varhainen puuttuminen on ensisijaisen tärkeää ennen kuin alkoholin aiheuttamia lisäsairauksia on ehtinyt syntyä (Aalto 2010a, 9). Alkoholiongelmaisen tehokkaan hoidon edellytys on ongelman varhainen tunnistaminen. Alkoholi riippuvaisen hoito voidaan jakaa neljään eri hoitomuotoon.

Hoito on jaettu vieroitus-, lääke- ja psykososiaaliseen hoitoon, sekä neljäntenä hoitokeinona on käyttää yhtä aikaa vertaistukiryhmiä. Alkoholiriippuvaisia ohjataan usein erilaisiin vertaistukiryhmiin. Rajoituksetta voi esimerkiksi osallistua vertaistukeen perustuviin AA-ryhmiin. (Aalto 2010a, 14–15.)

**Vieroitushoidossa** potilasta tarkkaillaan tiiviisti ja tuetaan pysymään raittiina. Alkoholin käytöstä johtuvia oireita ja vakavia haittoja pyritään ehkäisemään vieroitushoidolla, josta käytetään usein myös nimitystä katkaisuhoido. Hikoilu, vapina, sydämen tykytys, pahoinvointi, levottomuus, korkea verenpaine ja unettomuus ovat yleisimpiä vieroitusoireita. Vieroitushoito ei yleensä ole riittävä hoitokeino, sillä siinä hoidetaan vain käyttäjän fyysistä riippuvuutta. Vieroitushoidon tavoitteena on saada potilas motivoitumaan jatkohoitoon sitoutumiseen. Potilaalle tarjotaan myös mahdollisuutta psyykkisen riippuvuuden hoitoon. Vieroitushoitoa on mahdollista toteuttaa terveyskeskuksissa sekä siihen erikoistuneilla osastoilla tai yksiköissä. (Aalto 2010a, 14.)

**Lääkehoidossa** Suomessa käytetään yleensä Disulfiraamia ja Naltreksonia. Disulfiraami aiheuttaa juomisen yhteydessä antabusreaktion sekä hidastaa alkoholin palamista elimistössä. Antabus aiheuttaa elimistössä voimakkaan reaktion, jos alkoholia nauttii hiukankin hoidon aikana. Antabusreaktion oireita ovat ihon punoitus, huimaus, heikotus, päänsärky, pahoinvointi, verenpaineen lasku ja takykardia. Antabusta käytetään joko suun kautta otettavana poretablettina tai nykyisin harvemmin käytettävänä ihon alle laitettavana kapselina. (Päihdelinkki 2006.) Nousuhumalaan liittyvää mielihyvätunnetta ehkäisee taas Naltreksoni (Aalto 2010a, 15).

Keskustelut, erilaiset käytännön harjoitukset ja tehtävät kuuluvat **psykososiaalisiin hoitokeinoihin**. Hoidossa voi olla mukana potilaan läheisiä, mutta potilaan aktiivinen rooli hoidossaan on ensisijaisen tärkeää. Motivoiva haastattelu kuuluu psykososiaalisiin hoitokeinoihin. (Aalto 2010a, 14–15.) Motivoivan haastattelun tarkoituksena on vahvistaa yksilön sisäistä motivaatiota muutokseen selvittämällä ja tutkimalla ongelmakäyttäytymiseen liittyvää ristiriitaa. Motivoivaa haastattelua käytetään varhaisen puuttumisen keinona. (Koski-Jännes 2008, 3.)

#### 4.4 Alkoholin käytöstä aiheutuvia lisäsairauksia

Runsas alkoholin käyttö aiheuttaa käyttäjälle paljon erilaisia fyysisiä lisäsairauksia. Alkoholin liiallinen käyttö vaikuttaa oleellisesti sydämen toimintaan ja verenkiertoon. Eteisvärinän, sydämen vajaatoiminnan ja sydänlihaksen ongelmien riskit kasvavat runsaan alkoholin runsaan käytön myötä. (Heliö 2010, 168.)

Runsas alkoholinkäyttö aiheuttaa painonnousua, sillä alkoholi sisältää runsaasti energiaa (Heliö 2010, 168). Painonnousun ja verenpaineen nousun myötä metabolisen oireyhtymään sairastumisen riski kasvaa. Runsaan alkoholinkäytön myötä insuliinin teho heikkenee oleellisesti, mikä on usein syynä metabolisen oireyhtymän puhkeamiseen. Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriski kasvaa myös painonnousun ja kohonneen verenpaineen myötä. (Jaatinen 2010, 174.)

Triglyseridien ja rasvahappojen määrä verenkierrossa kasvaa alkoholin runsaan käytön seurauksena. Tämä aiheuttaa ateroskleroosia eli verisuonien ahtautumista ja aiheuttaa varastorasvan kertymistä kudoksiin. Alkoholi vaikuttaa myös käyttäjän verenrasva-arvoihin. Kohtuullisesti nautittuna se lisää HDL-hiukkasten eli hyvän kolesterolin määrää ja pienentää LDL-hiukkasten eli pahan kolesterolin määrää verenkierrossa. Alkoholin kohtuullinen käyttö siis pienentää valtimosairauksien vaaraa, mutta liikaa nautittuna haittojen määrä ylittää kolesteroliarvojen muutosten tuoman hyödyn. (Jaatinen 2010, 175–176.)

Ruuansulatuskanavan sairaudet lisääntyvät runsaan alkoholin käytön seurauksena. Alkoholistien yleisimpiä ruuansulatuskanavan sairauksia ovat erilaiset tulehdukset, limakalvovauriot, syövät ja verenvuodot. Alkoholisteilla on yleensä huono suuhygieniä, mikä vaikuttaa varsinkin suun ja ienten kuntoon. (Väkeväinen, Heliö, Winqvist & Jaatinen 2010, 160–161.)

Akuutin ja kroonisen haimatulehduksen riski kasvaa liiallisen alkoholin kulutuksen seurauksena. Runsaan alkoholin käytön myötä haimasyövän riskikin kasvaa. (Väkeväinen ym. 2010, 162.) Kroonisen haimatulehduksen pohjalta voi kehittyä käyttäjälle tyypin 2 diabetes, sillä tulehdus tuhoaa haiman insuliinia tuottavia saarekesoluja (Jaatinen 2010, 174).

Alkoholin liiallinen käyttö vaikuttaa maksaan ja sen toimintaan sekä sen erilaisille sairauksille. Runsas alkoholinkäyttö johtaa 90–100 prosentin todennäköisyydellä

rasvamaksaan. Rasvamaksa puolestaan johtaa 8–20 prosentilla maksakirroosiin ja 10–30 prosentilla alkoholihepatiittiin. Jos alkoholin runsas käyttö jatkuu, alkoholihepatiitti voi edetä maksakirroosiksi 40–50 prosentilla. (Väkeväinen ym. 2010, 163.) Maksan kyky tuottaa ja vapauttaa sokeria verenkiertoon heikentyy alkoholin käytön vaikutuksesta (Jaatinen 2010, 175).

Runsas alkoholin käyttö vaikuttaa sekä miesten että naisten sukurauhasten toimintaan. Naisilla ensisijaisen sukihormonin, estrogeenin, pitoisuus laskee, kun taas toissijaisen hormonin, testosteronin, osuus lisääntyy. Miehillä taas ensisijaisen sukihormonin, testosteronin, pitoisuus laskee ja estrogeenin osuus lisääntyy. (Jaatinen 2010, 171.)

Alkoholin liiallinen kertakäyttö vaikuttaa lisämunuaisten toimintaan. Kortisolin, adrenaliinin, noradrenaliinin erittyminen lisääntyy lisämunuaisista runsaan alkoholin käytön seurauksena. Nämä edellä mainitut ovat niin sanottuja stressihormoneja. (Jaatinen 2010, 173.)

Osteoporoosiin sairastumisen riski kasvaa alkoholin liikkakäyttäjillä. Alkoholi vaikuttaa runsaasti käytettynä luuston aineenvaihduntaan ja heikentää uuden luun rakentumista. Alkoholi myös vähentää kalsiumin tarjontaa luustolle sekä heikentää D-vitamiinin saantia, mikä vaikuttaa luukadon syntyyn. (Jaatinen 2010, 176.)

Runsas alkoholin käyttö aiheuttaa käyttäjälle psyykkisiä ongelmia. Alkoholiriippuvuus on tärkein alkoholin aiheuttama mielenterveyden häiriö. Persoonallisuushäiriöitä, mielialahäiriöitä, ahdistuneisuutta ja psykoottisia tiloja on muuta väestöä useammin alkoholiongelmallisilla. (Aalto 2010b, 183.)

#### 4.5 Sairaanhoitajana alkoholiongelmaisen ihmisen hoidossa

Sairaanhoitaja toteuttaa päihdehoitotyötä monessa paikassa. Toimipisteinä ovat terveyskeskuksen avopalveluysiköissä, vuodeosastoilla, kotipalvelussa, erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla, kotisairaaloissa, päivystysalueilla sekä psykiatrisissa ja päihdehuollon erilaisissa palveluysiköissä. Kolmannen sektorin toimipisteissä on päihdepalveluita, joissa sairaanhoitaja voi toimia. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 11.)

Aikainen alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen, ehkäisy, arviointi ja väärinkäyttäjien hoito kuuluvat sairaanhoitajan työnkuvaan alkoholiongelmasta ihmistä hoidettaessa. Sairaanhoitajat antavat terveysneuvontaa sekä neuvontaa liittyen alkoholin kulutukseen. Neuvonnassa kerrotaan kohtuukäytön rajoista ja kehottavat käyttäjää seuraamaan alkoholin käyttöä. (Muurinen & Mäkinen 2010, 21–23.)

Hoitosuhdetyöskentely alkoholiongelmaisen ihmisen kanssa on asiakaslähtöistä ja sairaanhoitaja on vuorovaikutuksessa hänen kanssaan. Sairaanhoitajan ammattitaitoon kuuluu tunnistaa ja tietää milloin käyttäjä tulee lähettää lisätutkimuksiin erikoisasiantuntijoille. Eli sairaanhoitajan on osattava tunnistaa, milloin sairaanhoitajien tarjoamat palvelut eivät ole enää riittäviä alkoholin käyttäjälle. Sairaanhoitajat käyttävät Mini-interventiota, strukturoituja kyselyjä ja motivoivaa haastattelua työskennellessään alkoholia käyttävän potilaan kanssa. Lisäksi työnkuvaan kuuluu lääkehoidon toteuttaminen sekä laboratoriokokeet. (Muurinen & Mäkinen 2010, 11–18, 21–23.)



## 5 PÄIVÄKESKUS PYSÄKKI RY

Päiväkeskus Pysäkki Ry aloitti toimintansa Iisalmen keskustassa vuonna 1994. Se on valtakunnallisen Sininauhaliiton jäsenjärjestö ja se sijoittuu kolmannen sektorin toiminta-alueelle. Päiväkeskus Pysäkki Ry on auki viikon jokaisena päivänä ja tarjoaa päihteiden käyttäjille toimintapaikan, jossa selvin päin olemista ja elämän hallintaa tuetaan. Toiminta perustuu asiakaslähtöiseen työhön, joka ottaa huomioon ihmisen oman halun ja motivaation muutokseen. Päiväkeskus Pysäkki Ry:n kävijät ovat päihdeongelmaisia naisia ja miehiä. Iältään he ovat pääasiassa työikäisiä aikuisia. Kävijät ovat pääsääntöisesti työttömiä tai työkyvyttömiä. Kävijöitä on päivittäin noin 25–30. Osa kävijöistä käy vain ruokailemassa. (Päiväkeskus Pysäkki ry 2011,6.)

Päiväkeskus Pysäkki Ry:n kävijät kuuluvat perusterveydenhuollon piiriin, mutta todennäköisesti he eivät juuri niitä käytä. Mitä todennäköisimmin he eivät kuulu työterveyshuollon piiriin työttömyyden ja alkoholiongelman vuoksi. Näiden seikkojen vuoksi kävijöiden terveyden edistäminen on jäänyt heidän omalle vastuulleen.

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä tarjoaa alueellaan asuville pitkäaikaistyöttömille vapaaehtoisen terveydentarkastuksen. Työttömät, joilla tulee 500 työttömyyspäivää täyteen, kutsutaan tarkastuksiin. Terveystarkastuksen tekee työttömiä tukevan Työvoiman Palvelukeskuksen terveydenhoitaja. Tarvittaessa työtön voidaan ohjata lääkärin vastaanotolle jatkotoimenpiteisiin. (Turunen 2011.)

## 6 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

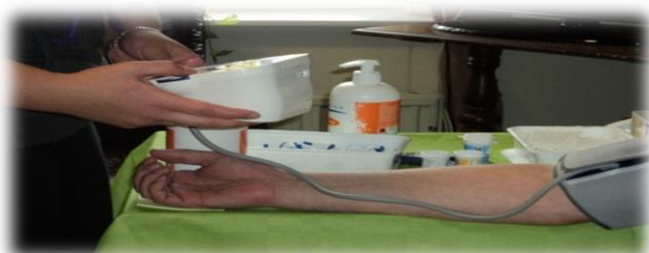
### 6.1 Tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät

Opinnäytetyönä järjestettiin teemapäivä Päiväkeskus Pysäkki Ry:n kävijöille. Teemapäivän tavoitteena oli motivoida Päiväkeskus Pysäkki Ry:n kävijöitä oman terveyden edistämiseen ja tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn sekä tukea oman terveyden edistämiseen liittyviä positiivisia voimavaroja. Tavoite oli, että teemapäivään osallistuu ainakin viisi henkilöä, koska viisi henkilöä täyttää ryhmän määritelmän.

Teemapäivässä oli erilaisia toimintapisteitä, joista muodostuivat opinnäytetyön tehtävät. Toimintapisteitä olivat fysiologiset mittaukset, infopiste, terveellisen ateriakokonaisuuden kokoaminen sekä loppujumppa. Fysiologisilla mittauksilla tarkoitetaan verenpaineen-, verensokerin-, ja vyötärönympäryksenmittausta. Infopisteestä sai tietoa terveellisistä elämäntavoista. Näiden mittausten ja infolehtisten avulla lisättiin osallistujien tietoisuutta tyypin 2 diabeteksen riskeistä. Terveellinen ateriakokonaisuus on lautasmallin mukaan koottu ateria. Lautasmallin avulla havainnollistettiin terveellisen ateriakokonaisuuden merkitys. Loppujumppa oli kevyt seisomajumppa, jonka kesto oli noin 15 minuuttia. Loppujumpalla rohkaistiin osallistujia oma-aloitteiseen liikuntaan.

### 6.2 Teemapäivässä käytetyt menetelmät

Toimintapisteissä käytettiin työmenetelminä fysiologisia mittauksia, yksilö- ja ryhmäohjausta ja neuvontaa. Yksilö- ja ryhmäohjaus ovat terveyden edistämisen työmenetelmiä. Fysiologiset mittaukset tehtiin mittauspisteissä. Verensokeria mitattiin Freestyle-mittareilla, joilla saadaan mitattua lyhyt verensokeriarvo. Verenpainetta mitattiin digitaalisella Omron-verenpainemittarilla (kuva 1).



KUVA 1. Verenpaineenmittaus (Väisänen 2011)

Lähes kaikki osallistujat tulivat mittauspisteeseen ensimmäisenä, josta siirtyivät ohjattuna halutessaan vyötärönmpäryksen mittauspisteeseen. Vyötärönmpärysmittaus oli erillisessä huoneessa, jotta se voitiin toteuttaa yksityisyys huomioiden. Vyötärönmpärystä mitattiin mittanauhalla. Mittauksen yhteydessä laskettiin myös painoindeksiä.

Fysiologisilla mittauksilla osallistujat saivat tietoutta heidän omasta terveydentilastaan. Mittaustulokset he saivat omaan käyttöönsä ja niillä voitiin määrittää tyypin 2 diabeteksen riskiä. Mittauspisteissä osallistujat saivat yksilöllistä ohjausta ja neuvontaa terveyden edistämiseensä. Mittausten yhteydessä käytiin keskusteluja saaduista mittaustuloksista. Osallistujien kanssa täytimme ruokailutottumus- kyselyjä ja kävimme keskustelua niiden pohjalta. Osallistujat keskustelivat myös keskenään terveyden edistämiseen liittyvistä asioista. Päiväkeskus Pysäkki Ry:n toiminnanjohtaja Eeva-Mari Penttonen totesi, että keskustelu oman terveyden edistämisestä saattaa jäädä elämään osallistujien keskuudessa.

Infopisteessä oli mahdollisuus perehtyä ja ottaa mukaan infolehtisiä tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäistä. Infolehtiset sisältävät tietoa ja ohjeistusta tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisystä eli terveellisistä elämäntavoista. Infolehtisillä ja ohjauksella osallistujien tietous tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisystä lisääntyi. Samassa infopisteessä oli myös havainnollistavana esimerkkinä kuinka paljon yksi 0,33 l oluttölkki sisältää sokeria. Näin osallistujien oli mahdollista konkreettisesti havaita, kuinka paljon olut todellisuudessa sisältää sokeria.

Kolmannessa toimintapisteessä rakennettiin terveellinen ateriakokonaisuus lautasmallin mukaan yhdessä osallistujien kanssa. Lautasmallin mukaan koottu ateria sisältää puolet kasviksia, yhden neljännesosan perunaa, täysjyväriisiä tai täysjyväpastaa. Yksi neljännesosa on lihaa tai kalaa. Lisäksi ruokajuomana on vesi tai rasvatonmaito ja leipänä täysjyväleipää. (Ruokatieto yhdistys Ry 2011.)



KUVA 2. Malliateria (Väisänen 2011)

Ohjasimme osallistujia terveellisen ateriakokonaisuuden rakentamiseen. Kokosimme itse malliaterian (kuva 2). Ruokailimme yhdessä osallistujien kanssa. Päiväkeskus Pysäkki Ry:n keittiössä toimivat henkilöt olivat valmistaneet suunnittelemillamme ruokaohjeilla (liite 1) teemapäivän terveellisen ateriakokonaisuuden. Ruokaohjeet on sovellettu valmiista ohjeista. Alkuperäiset ruokaohjeet ovat Pirkka- ja Kotikokki-verkkosivuilta (Pirkka 2010 ja Kotikokki 2007). Keittiöhenkilökunta oli lisännyt laatikoruokaan vihanneksia, ja he käyttivät munamaidon sijasta kasvislientä. Näin ruuasta tuli terveellisempää.

Teemapäivän lopussa ohjasimme yhteisen loppujumpan. Jumpalla korostimme liikunnan merkitystä terveyden edistämisessä. Loppujumppa oli seisomajumppa, joka sisälsi kevyen lämmittelyosuuden ja venytyksiä.

Keräsimme palautelomakkeilla (liite 2) palautetta teemapäivästä osallistuneilta Päiväkeskus Pysäkki Ry:n kävijöiltä ja henkilökunnalta. Lomakkeessa oli neljä avointa kysymystä, jotka koskivat teemapäivän sisältöä. Kysymyksillä halusimme selvittää mitä ajatuksia päivä herätti ja mitä hyötyä päivästä oli. Niillä haluttiin selvittää teemapäivän onnistumista ja kehittämistarpeita.

Palautteella pystyimme arvioimaan teemapäivää sekä onnistumista sen järjestämisessä. Palautteella pyrittiin arvioimaan toiminnan laatua, vaikuttavuutta ja varmistuttiin siitä, että saimme tiedon päivän onnistumisesta. Palautteen perusteella pystyimme arvioimaan saavutimme teemapäivälle asettamamme tavoitteet. Palautteella pyrittiin myös turvaamaan toiminnan avoimuutta ja luotettavuutta.

Saadun palautteella voidaan siirtää teemapäivästä saatuja kokemuksia uusien projektien pohjaksi (Silfverberg 2007, 120–121).

### 6.3 Teemapäivän suunnittelu ja toteutus

Teemapäivän toteutuksessa lähestyimme terveyden edistämistä promootion näkökulmasta. Voimavaralähtöisyys ohjasi toimintaamme. Teemapäivässä toteutimme ryhmäohjausta malliruokailussa ja loppujumpassa.

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2010, jolloin olimme ensimmäisen kerran yhdessä toimeksiantajaamme Päiväkeskus Pysäkki Ry lisälmen toimipisteeseen. Kävimme silloin ensimmäisiä keskusteluja opinnäytetyön aiheesta, jonka idean saimme projektiopintojen esittely tilaisuudessa syksyllä 2010 koululla. Opinnäytetyön ideaseminaarin pidimme joulukuussa 2010. Opinnäytetyön suunnitelmaseminaari oli toukokuussa 2011, ja suunnitelma hyväksyttiin syyskuussa 2011. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen haimme Päiväkeskus Pysäkki Ry:ltä tutkimuslupaa (liite 3).

Koululta varasimme teemapäivään tarvittavat mittarit eli verenpainemittareita kaksi kappaletta ja kaksi verensokerimittaria liuskoineen. Varasimme myös pistoneulat verensokerin mittausta varten, dufferit, laastarit, käsidesiä sekä kierrätysastian neuloille. Testasimme mittareiden toimivuuden etukäteen, sekä varmistimme, että mittarit ovat kalibroitu. Kävimme kaksi viikkoa ennen teemapäivää tarkemmin tutustumassa Päiväkeskus Pysäkki Ry:n tiloihin. Samalla sovimme käytännön asioista toiminnanjohtaja Eeva-Mari Penttosen kanssa. Lähetimme hänelle opinnäytetyömme suunnitelman sähköpostilla. Hän tulosti palautelomakkeet (liite 2) sekä antoi ruokaohjeet (liite 1) keittiön henkilökunnalle. Samalla veimme posterin (liite 4), joka toimi kutsuna teemapäivään. Veimme posterin myös Kangaslammin toimipisteelle. Postereissa käytimme savon murretta, koska se sopii kohdejoukolle paremmin kuin kirjakieli.

Teemapäivä järjestettiin maanantaina 26.9.11 klo 10–14. Menimme tuntia ennen teemapäivän alkua valmistelevaan tilat. Teemapäivään osallistui yhteensä 15 henkilöä, joista 13 täytti palautelomakkeen. Palautelomakkeet täytettiin yhteisessä kahvihetkessä, johon päivä päättyi. Kangaslammin toimipisteeltä oli yksi osallistuja ohjaajan kyyditsemänä. Muut 14 osallistujaa olivat keskustan toimipisteen kävijöitä sekä Pysäkin henkilökuntaa. Vieremältäkin olisi ollut tulossa osallistujia, mutta ohjaaja oli sairastunut, joten heillä ei ollut kyytiä lisälmen keskustan toimipisteelle.

Opinnäytetyötä tehtäessä yhteydet työelämään ja verkostotyötaidot kehittyivät. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei ole varsinaista tutkimusongelmaa, mutta silti se tarvitsee onnistuakseen teoreettisen tietopohjan. Toiminnallisen opinnäytetyön toteuttamisessa tulee huomioida tutkimuksellinen ote, vaikka varsinaista tutkimusta ei toteutetakaan. Tutkimuksellinen ote edellyttää valintoja niiden perustelua sekä valintojen arviointia. Valinnoilla tarkoitetaan kohderyhmän valintaa, viitekehyksen rajaamista ja tavoitteellista toimintaa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–10, 30, 154.)

#### 6.4 SWOT-analyysi menetelmänä

SWOT-analyysimenetelmä on kehitetty Standfordin tutkimusinstituutissa 1960–1970-luvuilla. SWOT-analyysin kehitti Albert Humphrey tutkijatiiminsä kanssa. Tutkijat halusivat selvittää, miksi yritystoiminnassa epäonnistuttiin ja mitä voitaisiin tehdä paremmin. SWOT-analyysi on alun perin kehitetty yritystoiminnan kehittämiseksi, mutta sitä on ajan myötä alettu käyttämään esimerkiksi projektien arvioinnissa. (Hyppönen 2008, 11.)

SWOT-analyysi muodostuu englanninkielisistä sanoista Strengths, Weaknesses, Opportunities ja Threats eli vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. SWOT on nelikenttäanalyysi. Sitä voidaan käyttää oppimisen apuna, ongelmien tunnistamisessa, arvioimisessa ja kehittämisessä. SWOT-analyysin kohteena voi olla oma toiminta tai ulkopuolinen toiminta. On tärkeää rajata se, mitä kulloinkin analysoidaan, jotta tulokset ovat vertailukelpoisia. (Lindroos & Lohivesi 2004, 217–218.)

SWOT-analyysi tehdään joko yksin tai ryhmässä. Vahvuudet ja heikkoudet kuvaavat nykytilaa ja koostuvat yksilön tai ryhmän omista ajatuksista. Mahdollisuudet ja uhat kuvaavat tulevaisuutta ja ulkoisia tekijöitä. SWOT-analyysin tuloksia arvioitaessa huomataan usein, että samat asiat voivat olla sekä vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia että uhkia. (Lindroos & Lohivesi 2004, 217–218.)

SWOT-analyysi ei ole subjektiivinen, mutta sen arviointi on subjektiivista. Subjektiivisuus tarkoittaa sitä, että toinen voi nähdä saman asian uhkana, kun toinen näkee sen mahdollisuutena. Tämän vuoksi tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina. Analyysin pohjalta voidaan tehdä päätelmiä, kuinka vahvuuksia voitaisiin käyttää hyväksi, heikkouksista saada vahvuuksia. Analyysistä selviää, miten mahdollisuudet

voidaan hyödyntää ja kuinka uhat voidaan välttää. (Lindroos & Lohivesi 2004, 217–218.)

## 6.5 Teemapäivästä saatu palaute

Teemapäivästä saadut palautteet käytiin läpi SWOT-analyysimenetelmää apuna käyttäen. Lomakkeita oli yhteensä 13. Jaoimme lomakkeet kolmeen osaan niin, että yksi henkilö kävi läpi viisi lomaketta ja kaksi tahoillaan neljä palautelomaketta. Läpikäynti vaiheessa vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat luokiteltiin omiin luokkiinsa SWOT-analyysimenetelmän mukaan. Tämän jälkeen palautteesta saatuja käsitteitä muokattiin yleiskäsitteiksi. Samaa tarkoittavat käsitteet yhdistettiin yhdeksi yleiskäsitteeksi. Teemapäivästä saatujen palautteiden pohjalta laadittiin SWOT-analyysimenetelmässä käytettävä nelikenttäkuvio.

SWOT-analyysimenetelmää käyttäen laaditusta nelikenttäkuvioista (kuvio 1) selviää, että teemapäivällä oli enemmän vahvuuksia ja mahdollisuuksia kuin heikkouksia ja uhkia. Vahvuuksista nousi selkeimmin esille teemapäivän tarpeellisuus ja mittausten tärkeys.

”Sai edes pienen ”kartoituksen” omista ”luvuistaan”, monellakaan ei välttämättä varmasti tulisi käytyä esim. tk:lla tämmöisissä.”

Teemapäivään osallistuneilla on harvoin mahdollisuus päästä mittauttamaan verenpainetta ja verensokeria, joten nämä mittaukset koettiin erityisesti vahvuuksiksi. Vahvuuksista kävi ilmi, että osasimme kohdata erilaiset ihmiset ammattitaitoisesti.

”Kiitos rennosta ja rempseästä meiningistä ja teidän hyvästä asenteesta meitä kaikenlaisia ihmisiä kohtaan, niin kuin pitääkin, kiitos!”

Mahdollisuuksista nousi esille oman terveyden edistämisen huomiointi, yhteisöllisyys ja osallistuttavuus.

”Erilaista ohjelmaa päivään, mukava nähdä ihmisiä. Mukavaa vaihtelua Pysäkin toimintaan. Hyödyllistä terveyteen liittyvää materiaalia ja mittauksia: saa tietoa omasta terveydestään ja voi innostua muuttamaan elintapojaan.”

Osallistujat kokivat tärkeäksi sen, että pystyivät itse osallistumaan toimintaan teemapäivässä. Kohderyhmä tarvitsee terveyden edistämisen tietoisuuden lisäämistä.

”Päivässä oli hyvää se, että sain tietää, että verensokeriarvot ja verenpaine olivat hyvät.”

Teemapäivä oli heidän terveyden edistämisen menetelmänä sopiva, koska teemapäivä on osallistuttava menetelmä. Teemapäivän sisältö palveli heitä paremmin kuin luentotyyppinen informaatio terveyden edistämisestä.

Heikkouksista nousi esille selvimmin, että teemapäivän sisältöön toivottiin enemmän teoreettista sisältöä. Terveyden edistämiseen liittyen toivottiin esimerkiksi tietoiskuja.

”Olisin kaivannut luentoa tai tietoiskua alkoholin terveydellisistä vaikutuksista.”

Uhkana kävijät kokivat, että terveelliset elämäntavat unohtuvat arjessa. Ilmeni myös, että teemapäivä oli pituudeltaan liian pitkä ja toimitila koettiin levottomaksi.

”Hyvä aina välillä herätellä ja havahduttaa ajattelemaan asioita ja valintojaan, kun varmaan monellakin voi hyvästä yrityksestä huolimatta unohtua.”

”Mahdollisesti lyhyempi kesto”.

”Rauhallisempi ympäristö.”



<b>Vahvuudet (S)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teemapäivä kokonaisuudessaan hyvä idea/ajatus.</li> <li>- Järjestäjillä hyvä ammattitaito esim. mittaukset ja ohjaus, neuvonta sujuvaa, ammattitaitoista.</li> <li>- Ammattitaitoinen kohtaaminen.</li> <li>- Tieto ja ohjaus..</li> <li>- Tarpeellinen ja opettava päivä</li> <li>- Loppujumppa.</li> <li>- Mittaukset, sillä osalta ei ollut mitattu arvoja pitkään aikaan.</li> <li>- Sai esittää kysymyksiä.</li> <li>- Päivä herätteli terveyden edistämisen suhteen sekä ajattelemaan ruokailutottumuksia.</li> </ul>	<b>Mahdollisuudet (O)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Osallistuttaminen.</li> <li>- Yhteisöllisyys.</li> <li>- Yhdessä tekeminen.</li> <li>- Tieto omasta terveyden tilasta.</li> <li>- Kannustava ja herättelevä ilmapiiri.</li> <li>- Vaihtelua päiväkeskus Pysäkin arkeen ja kävijöille.</li> <li>- Tulisi toteuttaa useammin.</li> <li>- Useammin toteutettuna tukee sosiaalista kanssakäymistä.</li> <li>- Mittaustuloksissa positiivisia yllätyksiä.</li> </ul>
<b>Heikkoudet (W)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enemmän toimintaa.</li> <li>- Hemoglobiinin mittausta toivottiin.</li> <li>- Toivottiin tietoiskuja ja luentomaista informaatiota teemapäivän sisällöstä.</li> </ul>	<b>Uhat (T)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terveelliset elämäntavat unohtuvat arjessa.</li> <li>- Rauhallisempi ympäristö.</li> <li>- Lyhyempi kesto → liian pitkä päivä.</li> </ul>

KUVIO 1. Teemapäivän palauteiden SWOT-analyysin nelikenttäkuvio

## 6.6 Opinnäytetyön arviointi

Opinnäytetyön idea muodostui pikku hiljaa. Alkuperäinen idea oli toteuttaa määrällinen tutkimus Päiväkeskus Pysäkki Ry:n kävijöille lisälmen keskustan, Kangaslammin, Vieremän ja Sonkajärven toimipisteissä. Määrällisen tutkimuksen tarkoituksena olisi ollut selvittää Päiväkeskus Pysäkki Ry:n kävijöiden riskiä sairastua tyyppiin 2 diabetekseen. Ensimmäisen ohjausajan jälkeen huomasimme, että kohdejoukko oli aivan liian laaja ja määrällinen tutkimus olisi ollut hankala toteuttaa kohdejoukkoa ajatellen. Määrällinen tutkimus olisi palvellut meitä enemmän kuin kohdejoukkoa. Olisimme saaneet kokemuksen määrällisen tutkimuksen tekemisestä. Kohdejoukko olisi ollut liian laaja määrällisen tutkimuksen tekemiseen kolmesta. Toiminnallinen opinnäytetyö oli kohdejoukkoa ajatellen palvelevampi, koska se ei ollut niin sitova, kuin määrällinen tutkimus olisi ollut. Ensimmäisen ohjausajan jälkeen valitsimme opinnäytetyölle toiminnallisen toteutustavan, koska se oli kohdejoukolle sopivin. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteeksi asetettiin teemapäivän toteuttaminen Päiväkeskus Pysäkki Ry:n kävijöille lisälmen keskustan toimipisteessä.

Teemapäivän aiheeksi rajattiin tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäiseminen terveyden edistämisen näkökulmasta.

Opinnäytetyön suunnitelman tekeminen oli haastavaa ja aikaa vievää. Suunnitteluvaiheessa laadimme opinnäytetyömme teoreettisen viitekehyksen, eikä teoriaosuuteen ole juurikaan puututtu enää suunnitelman hyväksymisen jälkeen. Teoreettisen viitekehyksen jaioimme kolmeen osaan, terveyden edistämiseen, tyypin 2 diabetekseen ja alkoholiongelmaiseen ihmiseen. Jokainen perehtyi omaan aihealueeseensa tehden tiedonhakuja ja kirjoittaen oman osuutensa teoriaosuudesta itsenäisesti. Yhdessä muokkasimme ja kokosimme teoriaosuuden sekä vaihdoimme ajatuksia siitä. Itse teemapäivän suunnittelun toteutimme kolmestaan. Teemapäivää suunniteltaessa toimimme yhteistyössä toimeksiantajan edustajan Eeva-Mari Penttosen kanssa. Opinnäytetyön suunnitelman hyväksyminen jäi kuitenkin arvioitua myöhemmäksi, joten teemapäivän järjestäminenkin viivästyi. Teemapäivä oli alun perin tarkoitus järjestää elokuussa 2011. Koska opinnäytetyösuunnitelma hyväksyttiin 6. syyskuuta, järjestettiin teemapäivä 26. syyskuuta.

Teemapäivän toteuttamiseksi valitsimme fysiologiset mittaukset, infopisteen, terveellisen ateriakokonaisuuden kokoamisen ja loppujumpan, jotka toimivat opinnäytetyön tehtävinä. Mittauspisteessä fysiologisiksi mittauksiksi valittiin verenpaine, verensokeri ja vyötärönympäryys, koska ne ovat oleellisia mittauksia, kun määritetään tyypin 2 diabeteksen riskiä. Infopisteen lehtiset oli valittu niin, että niistä sai oleellista ja selkeää tietoa terveellisistä elämäntavoista, jotka ovat oleellisena osana kun puhutaan tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisystä. Ateriakokonaisuutta suunniteltaessa otettiin huomioon terveellisyys ja edullisuus. Teemapäivään olimme jakaneet vastuualueet niin, että jokainen toimi mittauspisteissä ja ohjasi sekä neuvoi kävijöitä. Yksi meistä otti vastuulleen loppujumpan, toinen ateriakokonaisuuden muodostamisen ja kolmas ohjaustilanteen tähän liittyen.

Koko päivän ajan osallistujat saivat meiltä sekä yksilö- että ryhmäohjausta terveyden edistämisestä. Omasta mielestämme onnistuimme ohjaus- ja neuvontatilanteissa hyvin. Kohtasimme ihmiset ammatillisesti ja yksilöllisesti. Hyvä etukäteissuunnittelu ja teorian tietoon perehtyminen mahdollisti teemapäivän onnistumisen. Onnistumista edesauttoi myös hyvät tiimi- ja yhteistyötaidot.

Teemapäivän kestoa olisi voinut miettiä tarkemmin, koska palautteesta kävi ilmi, että osa koki teemapäivän liian pitkänä. Teemapäivämme kesti yhteensä neljä tuntia.

Teemapäivässä olisi voinut olla enemmän sisältöä, kuten tietoiskuja terveyden edistämiseen liittyen. Tämä olisi lisännyt osallistujien mielenkiintoa. Olisimme voineet varata manuaalisen verenpainemittarin, koska osalta emme saaneet mitattua digitaalimittarilla verenpainetta. Osallistujia olisi voinut olla enemmän, mutta toisaalta paljon isompaa ryhmää olisi ollut hankala hallita.

Saavutimme teemapäivän tavoitteet. Mielestämme herättelimme osallistujia ohjauksen ja neuvonnan keinoin. Kävimme mielenkiintoisia keskusteluja osallistujien kanssa. Kohtaaminen oli ammatillista ja voimavara- ja lähtöistä. Otimme huomioon osallistujan oman tahdon ja halukkuuden osallistua teemapäivään. Pääsimme tavoitteeseen myös osallistujamäärän suhteen. Tavoitteena oli viisi osallistujaa, teemapäivässä oli yhteensä 15 osallistujaa.

Mietimme teemapäivän arviointia tehdessä, että SWOT-analyysin sijasta palautteet olisi voitu analysoida sisällönanalyysillä. SWOT-analyysia pidetään suuntaa antavana ja sen arviointi on subjektiivista. Jos sisällönanalyysia olisi käytetty palautteiden analysoinnissa, olisi palautteiden sisältöä saatu avattua enemmän.

Opinnäytetyöprosessiin on tuonut haastavuutta osaltaan se, että meitä tekijöitä on kolme. Lisäksi asumme eri paikkakunnilla, joten aikataulujen yhteensovittamisessa on joskus ollut hankaluuksia. Pääsääntöisesti olemme olleet myös työelämässä. Osin jokainen on tehnyt itsenäisesti opinnäytetyötä, mutta pääsääntöisesti olemme työskennelleet yhdessä joko koululla tai toistemme kodeissa. Itse opinnäytetyön suunnittelu ja toteutus sujui joustavasti. Tehtävien ja vastualueiden jako sujui ongelmitta. Kolmen ryhmässä työskentely ei ole ollut koko opinnäytetyöprosessin ajan helppoa, mutta antoisaa se on ollut. Ajoittain on ollut tietoteknisiä hankaluuksia. Työtä on tallennettu aina vähintään kolmeen kohteeseen, joten se on pysynyt tallessa.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Kootessamme teoriatietoa olemme huomioineet lähdekriittisyyden. Yleisesti luotettavina lähteinä voidaan pitää esimerkiksi artikkeleita, jotka on julkaistu tieteellisissä julkaisuissa. Väitöskirjatietoa pidetään myös luotettavana, koska väittelijä on joutunut perustelemaan julkisesti kokoamansa teorian. Licensiaattitöiden arvioidaan yleisesti myös olevan luotettavia, koska niitä ohjaa professori. (Metsämuuronen 2006, 34–37.) Lähteet soveltuvat opinnäytetyömme aiheeseen. Olemme pyrkineet käyttämään alle kymmenen vuotta vanhoja lähteitä. Emme ole käyttäneet suoraan toisten tekstiä omanamme, vaan käytimme tarkasti lähdeviitteitä. Näin välttyimme plagioinnilta.

Palautteen perusteella pystyimme arvioimaan teemapäivän onnistumista. Keräsimme osallistujilta ja toimeksiantajalta kirjallista palautetta. Palaute annettiin nimettömänä. Palautetta käytettiin teemapäivän onnistumisen arvioinnissa. Opinnäytetyön oppimisprosessiin kuuluu kokonaisuuden arviointi, mikä voidaan toteuttaa kriittisellä tutkimusasenteella. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 157.)

Eettisyys opinnäytetyössämme pohjautuu sairaanhoitajan ammatillisiin eettisiin periaatteisiin. Teemapäivässä kohtasimme osallistujat yksilöllisesti jokaista ammattimaisesti kunnioittaen. Vuorovaikutustilanteessa terveydenhuollon ammattilainen pysähtyy kuuntelemaan, mitä hyvä ja paha osallistujalle merkitsee. Terveydenhuollon ammattilaisella on kyky ymmärtää osallistujan elämäntilannetta ja terveysongelmia. Eettisissä periaatteissa korostuu ihmisarvon kunnioittaminen. Oikeudenmukaisuuden periaatteella tarkoitetaan, sitä että jokainen osallistuja saa samanarvoista ohjausta ja neuvontaa. (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2002, 69.)

Emme keränneet osallistujien henkilötietoja. Näin emme rikkoneet kenenkään yksityisyyttä. Opinnäytetyöraportissa käytettävät kuvat on otettu juuri tätä työtä varten ja siinä käytettäväksi. Kuvat ovat anonyymeja, eikä niissä olevia henkilöitä voi tunnistaa. Kuvat olemme ottaneet itse teemapäivässä, kuvaajana toimi yksi opinnäytetyön tekijöistä. Kuvassa olevalta henkilöltä on kysytty lupa kuvaukseen.

Toiminnallisuus eli teemapäivämme oli suunniteltu tarkasti kohderyhmän tarpeiden mukaan. Teemapäivään osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Jokaisella osallistujalla oli mahdollisuus keskeyttää teemapäivään osallistumisensa halutessaan. Näillä periaatteilla tuettiin osallistujien itsemääräämisoikeutta. Terveiden edistämisen itsemääräämisen eettinen periaate tarkoittaa sitä, että asiakkaalla on oltava vapaus päättää omista toimistaan. (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2002, 67.)

## 7.2 Ammatillinen kehittyminen ja itsearviointi

Tämä on meille ensimmäinen opinnäytetyö, joten koko opinnäytetyöprosessi oli meille uuden oppimista. Teemapäivää järjestäessä harjaannuimme ohjaamisessa ja neuvonnassa. Syvensimme taitoja kohdata erilaisia ja erilaisissa elämäntilanteissa olevia ihmisiä. Näitä taitoja tulemme tarvitsemaan jatkossa työelämässä. Opinnäytetyöskentelyn aikana yhteistyö- ja tiimityöskentelytaitomme kehittyivät. Kohdejoukko sai teemapäivästä neuvoja omaan terveyden edistämiseen sekä vertaistukea toisiltaan. Pysäkin henkilökunta sai keinoja terveyden edistämisen huomioimiseen työssään ja omassa elämässään.

Kliiniset taitomme kehittyivät, kun teimme teemapäivässä fysiologisia mittauksia. Ohjaus- ja neuvontataidot kehittyivät teemapäivässä terveyden edistämiseen liittyvää ohjausta ja neuvontaa antaen. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme oppineet suunnittelua ja aikataulujen hallintaa. Epävarmuuden sietokyky on kasvanut, koska opinnäytetyöprosessissa on ollut paljon muuttuvia tekijöitä, joihin emme ole itse pystynyt vaikuttamaan. Olemme kehittyneet ryhmätyöskentelyssä. Konfliktitilanteitakin on tullut, mutta ne on pystytty ratkaisemaan asiallisesti.

Teoreettista viitekehystä määritellessä olemme syventäneet teoreettista tietämystä terveyden edistämisestä, alkoholiongelmasta ja tyypin 2 diabeteksestä. Teoriaosuutta kootessamme olemme oppineet rajaamaan tietoa. Tietotekninen osaaminen on kehittynyt opinnäytetyöprosessin aikana.

## 7.3 Opinnäytetyön käytettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Itsellemme nousi opinnäytetyömme pohjalta ideoita uusiin projekteihin jotka käsittelevät esimerkiksi painonhallintaa ja alkoholinkäyttöä. Päiväkeskus Pysäkki Ry:n toimintaan voitaisiin liittää ryhmätoimintaa jotka käsittelevät yllämainittuja

teemoja. Esimerkiksi painonhallintaryhmä, jossa olisi aluksi asiantuntijavetäjä. Tämän jälkeen yksi ryhmänjäsenistä vastustettaisiin ryhmän vetäjäksi.

Terveysten edistämiseen liittyviä teemapäiviä voitaisiin järjestää jatkossakin. Aiheen voisi rajata esimerkiksi ruokailutottumuksiin. Osallistujat toivoivat, että mittauksia olisi useammin. Sairaanhoidajaopiskelijat voisivat käydä projektipintoina esimerkiksi kerran kuukaudessa mittaamassa verensokeria ja verenpainetta sekä hemoglobiinia Päiväkeskus Pysäkki Ry:llä.

Ajattelemme että, Päiväkeskus Pysäkki Ry:n toiminnan vaikuttavuudesta voitaisiin tehdä laadullista tutkimusta. Toiminnan rahoitus on epävarmaa ja sen toiminta on monelle päihdeongelmalliselle merkityksellistä ja antaa sisältöä elämään. Olisi mielenkiintoista saada tietää, millainen merkitys Päiväkeskus Pysäkki Ry:n toiminnalla on kävijöille.

## LÄHTEET

Aalto, M. 2001. Prevalence and Brief Intervention of Heavy Drinker in Primary Health Care [verkkajulkaisu]. Tampere: University. Academic dissertation [viitattu 12.4.2011]. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5061-2.pdf>.

Aalto, M. 2010a. Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). *Alkoholiriippuvuus*. Duodecim. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 7–16.

Aalto, M. 2010b. Mielenterveys ja alkoholi. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). *Alkoholiriippuvuus*. Duodecim. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy 183–188.

Aro, E. 2009a. Alkoholi ja diabetes. Teoksessa Aro, E. (toim.). *Diabetes ja ruoka*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy 131–136.

Aro, E. 2009b. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy. Teoksessa Aro, E. (toim.). *Diabetes ja ruoka*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy 39–45.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen A. (toim.) 2008. *Päihdehoitotyö*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heliö, T. 2010. Alkoholi ja elimelliset sairaudet. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). *Alkoholiriippuvuus*. Duodecim. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 155–182.

Holmberg, J. 2010. *Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan*. Helsinki: Edita Pirma Oy.

Hyppönen, H. 2008. *Towards a Joint View of the European eHealth Priorities. SWOT Analysis of Patient Empowerment and Patient Summary Activities in Europe*. Reports 15/2008. Helsinki: Stakes.

Ilanne-Parikka, P. 2009. Alkoholien käyttö ja diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. (toim.). *Diabetes*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 205–211.

Jaatinen, P. 2010. Alkoholi ja elimelliset sairaudet. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). *Alkoholiriippuvuus*. Duodecim. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 155–182.

Kesko Oy. 2010. *Jauheliha-perunalaatikko* [verkkajulkaisu]. Pirkka [viitattu 2.8.2011]. Saatavissa: <http://www.pirkka.fi/ruoka/reseptit/22884-jauheliha-perunalaatikko>.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. *Terveysten edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus* [verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1 [viitattu 18.10.2011]. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1202902258197/passthru.pdf>.

Koski-Jännes, A. 2008. *Motivoiva haastattelu* [verkkajulkaisu]. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos [viitattu 29.3.2011]. Saatavissa: [http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f275002594/tup\\_luento030408.pdf](http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f275002594/tup_luento030408.pdf).

Koskinen-Ollonqvist, P., Aalto-Kallio, M., Mikkonen, N., Nykyri, P., Parviainen, H., Saikkonen, P. & Tamminiemi, K. 2007. *Rajoilla ja ytimessä. Terveystiedon edistämisen näyttäytyminen väitöskirja tutkimuksessa* [verkkojulkaisu]. [viitattu 14.4.2011]. Saatavissa: [http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2007/2007\\_006.pdf](http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2007/2007_006.pdf).

Kotikokki. 2007. *Helppo marjapiirakka* [verkkojulkaisu]. Reseptit [viitattu 2.8.2011]. Saatavissa: <http://www.kotikokki.net/reseptit/nayta/13868/Helppo%20marjapiirakka/>.

Kylmä, J., Pietilä, A.-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Terveystiedon edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa Pietilä, A.-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E.-M. & Sirola, K. 2002. *Terveystiedon edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät*. Helsinki: Werner Söderström osakeyhtiö, 62–76.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lindroos, J.-K. & Lohivesi, K. 2004. *Onnistu strategiassa*. Juva: WS Bookwell Oy.

Metsämuuronen, J. 2006. *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Muurinen, M. & Mäkinen, M. 2010. *Sairaanhoitajan rooli ja keinot alkoholiongelmaisen potilaan hoidossa*. [verkkojulkaisu] Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. [viitattu 11.4.2011.] Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24334/Muurinen%20Mari%20Mäkinen%20Mira.pdf?sequence=1>.

Mäkelä, R. & Aalto, M. 2010. Alkoholiongelmien hoito- ja kuntoutuspalvelu. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kianmaa, K. (toim.). *Alkoholiriippuvuus*. Duodecim. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 155–182.

Pajunen, P., Landgraf, R., Muylle, F., Neumann, A., Lindström, J., Schwarz, P. & Peltonen, M. 2010. *Quality and Outcome Indicators for Prevention of Type 2 Diabetes in Europe-Image* [Verkkojulkaisu]. Terveystiedon ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 10.4.2011]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9ddd6466-cf97-4e40-ba77-614a153251f2>.

Pelto-Huikko, A., Karjalainen, K. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2006. *Terveystiedon edistämisen toimintamallit. Terveystiedon edistämisen hankkeissa kehitettyjen toimintamallien arviointi ja kehittäminen* [verkkojulkaisu]. Terveystiedon edistämisen keskus [viitattu 27.4.2011]. Saatavissa: <http://www.health.fi/timage.php?i=100434&f=1&name=Toimintamalli>.

Pietilä, A.-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E.-M. & Sirola, K. *Terveystiedon edistäminen*. 2002. Helsinki: Otava.

Pietilä, A.-M., Kylmä, J., Turunen, H., Vehviläinen-Julkunen, K. & Immonen, K. (toim.). 2000. *Hoitotieteellisen tutkimuksen ydinkysymyksiä terveystiedon edistämisessä perus-terveystiedonhuollossa ja erikoissairaanhoidossa*. Kuopio: Kuopion yliopiston painatus-keskus, 11.

Päihdelinkki 2006. *Mikä lääke alkoholinkäytön hallintaan?* [verkkojulkaisu]. Päihdelinkki [viitattu 29.3.2010]. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/ukk/211-mika-laake-alkoholinkayton-hallintaan>.



Päiväkeskus Pysäkki Ry. 2011. *Kehittämissuunnitelma vuosille 2011–2013. Toimintakertomus vuodelta 2010*. Iisalmi: Päiväkeskus Pysäkki ry.

Rautio, M. 2006. *Terveyden edistämisen koulutus-sosiaali- ja terveysala. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 12.4.2011]. Saatavissa:

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3510.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3510.pdf).

Rautio-Ottman, T. 2008. *Työttömän asiakkaan palvelu- ja ohjausmalli terveyden edistämisen työmenetelmänä: hoitajien näkökulma*. Jyväskylä: Yliopisto. Pro gradu- tutkielma [viitattu 27.4.2011]. Saatavissa:

[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18511/urn\\_nbn\\_fi\\_jyu-200802071133.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18511/urn_nbn_fi_jyu-200802071133.pdf?sequence=1).

Ruokatieto yhdistys Ry. 2011. *Lautasmalli* [verkkosivu]. Ruokatieto [viitattu 28.10.2011]. Saatavissa:

[http://opetus.ruokatieto.fi/Suomeksi/Nuoret/Ravitsemus/Miten\\_syoda/Lautasmalli](http://opetus.ruokatieto.fi/Suomeksi/Nuoret/Ravitsemus/Miten_syoda/Lautasmalli).

Ruponen, A. 2005. *Hyvä elämä ihmiselle? – Terveydenhoitajien näkemys terveysneuvonnan tavoitteista ja neuvontatyötä ohjaavista tekijöistä*. Tampere: Yliopisto. Pro gradu-tutkielma [viitattu 26.4.2011]. Saatavissa:

<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00630.pdf>.

Saarto, A. 2009. *Liikakäytön tunnistaminen* [verkkosivu]. Päihdelinkki [viitattu 18.10.2011]. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/231-liikakayton-tunnistaminen>.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. *Terveyden edistäminen esimerkein käsitteitä ja selityksiä* [verkkojulkaisu]. Terveyden edistämisen keskus ry [viitattu 14.4.2011]. Saatavissa:

[http://www.health.fi/timage.php?i=100311&f=1&name=Terveyden\\_edistaminen\\_esimerkein.pdf](http://www.health.fi/timage.php?i=100311&f=1&name=Terveyden_edistaminen_esimerkein.pdf).

Seppä, K. 2009. *Lyhytneuvonta (Mini-interventio)* [verkkojulkaisu]. Päihdelinkki [viitattu 29.3.2011]. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/642-lyhytneuvonta-mini-interventio>.

Silfverberg, P. 2007. *Ideasta projektiksi. Projektityön käsikirja*. Helsinki: Edita Pirma Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. *Terveys 2015- kansanterveysohjelma* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 11.4.2011]. Saatavissa:

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveys/terveys2015.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. *Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007*

[verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18 [viitattu

27.10.2011]. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1074690827386/passthru.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. *Terveyden edistämisen laatusuosituksen* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 11.4.2011]. Saatavissa:

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf).

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. *Health Inequalities In Finland Trends in socioeconomic health differences* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu

11.4.2011]. Saatavissa:

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-8648.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8648.pdf).

Suomen Diabetesliitto Ry. 2009. *Tyyppin 2 diabetes – opas aikuistyyppin diabeetikolle*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Suomen Diabetesliitto Ry. 2011. *Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2000–2010) Loppuraportti* [verkkojulkaisu]. Diabetesliitto [viitattu 9.4.2011]. Saatavissa: [http://www.diabetes.fi/files/1373/Dehkon\\_loppuraportti.pdf](http://www.diabetes.fi/files/1373/Dehkon_loppuraportti.pdf).

Turunen, T. 2011. Ylä-Savon työttömät terveydenhoitajan pakeille. *Iisalmen Sanomat* 28.4.2011.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Väkeväinen, S., Heliö, T., Winqvist, S. & Jaatinen, P. 2010. Alkoholi ja elimelliset sairaudet. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). *Alkoholiriippuvuus*. Duodecim. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 155–182.

Lihaperunalaatikko            30 hlö

Reilu 4 kg perunoita  
2,4 kg Porsaanliha suikaleita tai paistijauhelihaa  
1200 g Sipulia  
6 tl Suolaa  
Kokonaisia maustepippureita

Munamaito  
24 dl Maitoa  
12 Kananmunaa  
3 tl Suolaa

Perunat pestään ja kuoritaan sekä viipaloidaan. Liha ruskistetaan tilkassa öljyä sipulin kera. Maustetaan se suolalla. Viipaloituja perunoita ja ruskistettua lihaa ladotaan kerroksittain voideltuun vuokaan. Päällimmäiseksi tulee perunoita. Lisätään munamaito ja paistetaan 200 asteessa noin 1 h sekä lisäksi tarjotaan porkkanaraastetta. (Kesko 2010.)

Marjapiiras (30 annosta)

6 Kananmunaa  
4,5 dl Sokeria  
3 dl Maitoa  
3 dl sulatettua margariinia  
3 dl Vehnäjauhoja  
6 dl Sämpyläjauhoja  
6 tl Leivinjauhetta  
3 tl Vanilija sokeria  
Päälle marjoja oman maun mukaan

Kananmunat ja sokeri sekoitetaan, joukkoon lisätään maito, sulatettu margariini ja keskenään sekoitetut kuivat ainekset. Taikina levitetään leivinpaperille ja marjat päälle. Paistetaan 200 asteessa noin 25 minuuttia. (Kotikokki 2007.)

**Palautteesi Vähennäppä vähäsen päivästä?**

Voit antaa palautteesi nimettömänä ja palaute tulee vain meidän käyttöömme. Toivomme rehellistä palautetta.

**1. Mitä ajatuksia päivä herätti?**

**2. Mikä päivässä oli hyvää? Mitä hyötyä päivästä oli?**

**3. Mitä kehitettävää päivässä oli?**

**4. Mitä muuta haluat sanoa?**

*Kiitos palautteesta!*



## TUTKIMUSLUPA

Tutkimusote ja -menetelmät Toiminnallinen opinnäytetyö

Tutkimusajankohta: alkaa: 26.9.2011 - päättyy: 26.9.2011

Tutkimuspaikka: Päiväkeskus Pysäkki Ry/ Iisalmi keskusta

☒ Tutkimussuunnitelma liitteenä

## Allekirjoitukset

IISALMI 7.9.11

Paikka ja päivämäärä

*Jana Heiskanen*

*Jana Jää*

*Paula Väinö*

Tutkimuksen tekijä/tekijät

Oppilaitoksen edustaja/yhteyshenkilö

*Omille kättilä*

## PÄÄTÖS

☒ Tutkimuslupa myönnetään

Yhteyshenkilö:

*Eeva-Mai Penttinen*

☐ Tutkimuslupaa ei myönnetä

Perustelut:

Tutkimuksen valmistuttua tekijät toimittavat tutkimuksen yhteyshenkilölle

☐ tiivistelmän (suomeksi / englanniksi)

☒ tutkimusraportin tai/ja

☐ esittelevät tutkimuksensa suullisesti

Paikka ja päivämäärä

# VÄHENNÄPPÄ VÄMÄSEN

TULE MITTUUTTAMMAAN

VERENSOKERIS, VERENPAINEEES TAE VIÖTÄRÖN YMPÄRYKSEN

SUAT TIETOO TERVENTES EDISTÄMISESTÄ  
JA SOKERITAAYIN ENNALTAEHKÄSYSTÄ

PÄEVÄÄN KUULLU LAATASHALLIN KOKKOOMINEN  
JA LOPPUJUMPPA

OSALLISTUMALLA PÄEVÄÄN SUAT  
RUOKALIPUN !

MAKIVANTAENA **26.9.11** klo **10-14**

TEE ITSELLESI HYVÄÄ

Lounas



hyvä pahe.

11 kg

ÄLÄ  
LUOVUTA!

Rennolla otteella

JÄRJESTÄÄ  
SAIRAANHOITAJAOPISKELJAT  
JAANA, JONNA & PAULA

